DOCUMENT RESUME

ED 482 640 FL 027 202

AUTHOR	Gajo, Laurent, Ed; Mondada, Lorenza, Ed.
TITLE	Bulletin suisse de linguistique appliquee, 2001 (Swiss Bulletin for Applied Linguistics, 2001).
INSTITUTION	Association Suisse de Linguistique Appliquee, Neuchatel (Switzerland).; Neuchatel Univ. (Switzerland). Inst. de Linguistique.
ISSN	ISSN-1023-2044
PUB DATE	2001-00-00
NOTE	272p.; Two articles are written in English. Published biannually. Only issue 74 of 2001 is included in this document.
PUB TYPE	Collected Works - Serials (022)
JOURNAL CIT	Bulletin suisse de linguistique appliquee; n74 Aut 2001
LANGUAGE	French
EDRS PRICE	EDRS Price MF01/PC11 Plus Postage.
DESCRIPTORS	Epilepsy; Foreign Countries; Health; Immigrants; *Intercultural Communication; Interviews; Linguistics; Medicine; Minority Groups; Multilingualism; *Physician Patient Relationship; Surgery; Translation
IDENTIFIERS	Belgium; Ontario (Toronto)

ABSTRACT

This issue, primarily written in French, contains articles by researchers in the fields of linguistics and social sciences and by health care professionals. The articles include the following: "The Collective Working Out of Medical Knowledge" (Lorenza Mondada); "Involvement and Constraint in a Surgical Consultation Room" [written in English] (Tiago Moreira); "Intervention from a Distance in Surgical Operations: Interactive Organization of Participation Spaces" (Lorenza Mondada); "Patients' Expertise in Working Out the Medical Diagnosis. Linguistic Analysis of Interviews with Patients with Epileptic and Non-Epileptic Disorders" (Ingrid Furchner and Elisabeth Gulich); "Expert and Lay Formulation of 'Normality' in Genetic Counseling" [written in English] (Srikant Sarangi); "Medical Expertise as Public Discourse: The Discussion on Medically Assisted Procreation" (Alain Bovet;) "Communication Between Caregivers and Migrant Patients" (Myriam Graber, Maria Eugenia Molina, Myriam Graber, and Andreina D'Onofrio); "Authoritative Points of View on Medical Consultation Subject to Translation" (Pascal Singy); "Linguistic Barriers and Communication in a Medical Outpatient Clinic" (Alexander Bischoff, Louis Loutan, and Hans Stalder); "Minorities and Health: Discursive Formations of Francophone Communities and Institutions in Toronto" (Normand Labire, Adrienne Chambon, Monica Heller, Fasal Konoute, Amal Madibbo, and John Maury); "Application of Linguistic Laws in Hospital Policies and the Emergency Network in the Capital City of Brussels: Balancing the Supply and Demand of a Multilingual and Multicultural City" (Myriam Verkouter); "Medical Discourse and Young Homosexual Men: Presentation of a Study Underway" (Pascal Singy, Pierre Cochand, Gilles Dennler, and Orest Weber). (AS)

Reproductions supplied by EDRS are the best that can be made
from the original document.

ED 482 640

bulletin vals-asla numéro 74

Laurent Gajo & Lorenza Mondada (éds)

- Communiquer en milieu hospitalier : de la relation de soins à l'expertise médicale

U.S. DEPARTMENT OF EDUCATION
Office of Educational Research and Improvement
EDUCATIONAL RESOURCES INFORMATION CENTER (ERIC)

☒ This document has been reproduced as received from the person or organization originating it.

☐ Minor changes have been made to improve reproduction quality.

• Points of view or opinions stated in this document do not necessarily represent official OERI position or policy.

PERMISSION TO REPRODUCE AND DISSEMINATE THIS MATERIAL HAS BEEN GRANTED BY

Esther Py

TO THE EDUCATIONAL RESOURCES INFORMATION CENTER (ERIC)

Bulletin suisse
de linguistique appliquée
automne 2001

Vereinigung für angewandte
Linguistik in der Schweiz

Associaziun svizra
da linguistica applitgada

Association suisse
de linguistique appliquée

Associazione svizzera
di linguistica applicata

VALS
ASLA

BEST COPY AVAILABLE

bulletin vals-asla
numéro 74

Laurent Gajo & Lorenza Mondada (éds)

- Communiquer en milieu hospitalier :
  de la relation de soins à l'expertise médicale

Bulletin suisse
de linguistique appliquée
automne 2001

Vereinigung für angewandte
Linguistik in der Schweiz
Associaziun svizra
da linguistica applitgada
Association suisse
de linguistique appliquée
Associazione svizzera
di linguistica applicata

VALS
ASLA

Le *Bulletin suisse de linguistique appliquée* est l'organe de publication de l'Association suisse de linguistique appliquée (VALS/ASLA).

Publié avec le soutien financier de l'Académie suisse des Sciences humaines et sociales, le *Bulletin suisse de linguistique appliquée* parait deux fois par an.

Abonnement personnel	Suisse CHF 30,-	étranger CHF 35,- (EUR 23,00)
Abonnement institutionnel	Suisse CHF 50,-	étranger CHF 55,- (EUR 37,00)
Prix au numéro	Suisse CHF 25,-	étranger CHF 25,- (EUR 17,00)

Rédaction et administration

Dr Marinette Matthey, Institut de linguistique,
Université de Neuchâtel, Espace Louis-Agassiz 1,
CH-2000 Neuchâtel

Tél. +41 (0)32 – 718 19 68
Fax +41 (0)32 – 718 17 01
e-mail marinette.matthey@unine.ch

Abonnements/commandes

Institut de linguistique, Université de Neuchâtel,
Espace Louis-Agassiz 1, CH-2000 Neuchâtel

Tél. +41 (0)32 – 718 16 90
Fax +41 (0)32 – 718 17 01
e-mail isabelle.racine@unine.ch

CCP 20-7427-1

© Institut de linguistique de l'Université de Neuchâtel, 2001.
Tous droits réservés.
ISSN 1023-2044

Table des matières

Laurent GAJO & Lorenza MONDADA
Avant-propos 5

Laurent GAJO & Lorenza MONDADA
Introduction générale 7-8

Première partie:
Participation et expertise: l'élaboration collective du savoir médical

Lorenza MONDADA
Introduction 9-11

Tiago MOREIRA
Involvement and Constraint in
a Surgical Consultation Room 13-32

Lorenza MONDADA
Intervenir à distance dans une opération chirurgicale:
l'organisation interactive d'espaces de participation 33-56

Michèle GROSJEAN
De la parole plurielle au polylogue effectif.
Les relèves inter-équipes à l'hôpital 57-81

Ingrid FURCHNER & Elisabeth GÜLICH
L'expertise des patients dans l'élaboration d'un
diagnostic médical – Analyse linguistique d'entretiens
avec des patients souffrant de crises épileptiques ou
non-épileptiques 83-107

Srikant SARANGI
Expert and lay formulation of «normality»
in genetic counselling 109-127

Alain BOVET
L'expertise médicale comme discours public:
le débat sur la procréation médicalement assistée 129-148

Deuxième partie:
Communication et minorités dans les réseaux de soins

Laurent GAJO,
Introduction 149-151

© 2001 Institut de linguistique
Université de Neuchâtel

Laurent GAJO, Maria Eugenia MOLINA,
Myriam GRABER & Andreina D'ONOFRIO
Communication entre soignants et patients migrants: quels moyens pour quels services? 153-174

Pascal SINGY
Points de vue autorisés sur la consultation médicale soumise à traduction 175-192

Alexander BISCHOFF, Louis LOUTAN
& Hans STALDER
Barrières linguistiques et communication dans une policlinique de médecine 193-207

Normand LABRIE, Adrienne CHAMBON, Monica HELLER,
Fasal KANOUTÉ, Amal MADIBBO & John MAURY
Minoration et santé: les formations discursives des communautés et institutions francophones à Toronto 209-235

Myriam VERKOUTER
L'application de la loi linguistique dans la politique hospitalière et le réseau des urgences à Bruxelles-Capitale: équilibrer l'offre et la demande d'une ville plurilingue et multiculturelle 237-259

Pascal SINGY, Pierre COCHAND
Gilles DENNLER & Orest WEBER
Discours médical et jeunes hommes homosexuels: présentation d'une recherche en cours 261-276

Compte rendu

Castellotti, Véronique (2001). *La langue maternelle en classe de langue étrangère*. Paris: CLE International. 277-278

Avant-propos

Ce numéro contient les contributions de chercheurs en sciences du langage, mais aussi plus généralement de chercheurs en sciences sociales et de professionnels issus du monde de la santé. Sa diffusion sera donc assurée dans des réseaux élargis, et nous tenons à remercier à ce propos l'effort et le partenariat du Centre de formation des professions de la santé de langue française du Canton de Berne (CEFOPS), à St-Imier.

Nous signalons aussi que les éditeurs de ce numéro organisent, au cours de l'année académique 2001 et dans le cadre de l'école doctorale en sciences du langage de la CUSO, un séminaire de 3e cycle sur le même thème et avec la participation de quelques-uns des auteurs du volume.

Enfin, nous exprimons notre gratitude à tous les membres du comité de lecture, formé pour l'occasion de:

Kirsten ADAMZIK
Anne-Claude BERTHOUD
Jean-François DE PIETRO
Thérèse JEANNERET
Bruno MORETTI
Jürg NIEDERHAUSER
Bernard PY
Eva ROOS
Cecilia SERRA
Iwar WERLEN

et des deux éditeurs.

Laurent GAJO et Lorenza MONDADA

© 2001 Institut de linguistique
Université de Neuchâtel

Introduction générale

Laurent GAJO & Lorenza MONDADA

Les activités communicatives dans le milieu hospitalier et plus généralement dans le domaine des soins et de la santé sont de plus en plus reconnues comme jouant un rôle déterminant. Les pratiques interactionnelles qui caractérisent et informent la prise en charge des patients, la gestion des équipes, les prises de décision, l'organisation des services, la circulation des cas et des dossiers auprès d'experts, de laboratoires, de personnels différents ont en effet une dimension constitutive: elles ne sont ni la manifestation ni l'«habillage» de pratiques professionnelles qui auraient lieu par ailleurs, mais sont imbriquées dans ces pratiques par lesquelles la médecine est accomplie, que ce soit dans le traitement de patients particuliers ou dans la construction de savoirs constitués, reconnus, stabilisés. Les pratiques interactives sont ainsi la condition de possibilité de l'exercice de la médecine et des soins, que ce soit dans l'élaboration collective de leurs savoirs et de leurs expertises, dans la coordination des équipes et du travail entre équipes, ou dans le contact avec les patients.

Ce rôle fondamental des interactions est progressivement reconnu dans plusieurs perspectives: d'une part, il commence à faire l'objet de plus en plus de travaux en linguistique, qui se penchent sur les pratiques langagières et interactives qui traversent les domaines de la santé dans leur hétérogénéité – répondant à la complexité des acteurs sociaux engagés dans cet espace, relevant non seulement de cultures professionnelles différentes, mais faisant aussi se confronter des cultures sociales et ethniques parfois très éloignées. Ces travaux issus des sciences du langage rencontrent d'autres recherches, développées surtout dans le domaine des sciences sociales, où les pratiques ordinaires de la médecine et de la santé font depuis plus longtemps l'objet de nombreux travaux. D'autre part, cet intérêt du monde de la recherche pour le champ de la médecine rencontre celui des praticiens de la santé, de plus en plus sensibilisés à l'importance des formats communicationnels pour une organisation des soins qui en garantisse à la fois l'efficacité et la qualité. Ce numéro spécial réunit ces différentes perspectives dans une sensibilisation commune, déclinée à travers des analyses de cas particuliers, issues d'approches différentes de l'interaction sociale, en croisant des apports et des voix

Bulletin suisse de linguistique appliquée
No 74, 2001, 7-8 • ISSN 1023-2044

© 2001 Institut de linguistique
Université de Neuchâtel

venant du domaine de la recherche en linguistique et en sciences sociales et du domaine de la pratique des personnels de santé.

Suivant les approches, les pratiques communicatives sont envisagées comme caractérisées par plus ou moins de transparence ou d'épaisseur, et comme reflétant plus ou moins directement les forces sociales et les contingences contextuelles à l'oeuvre. L'on tente alors de sonder ces forces soit par l'observation des pratiques elles-mêmes, soit par des enquêtes sur les représentations de ces pratiques. Dans les deux cas, la communication est au centre, comme moyen de construction ou de reconstruction du sens des activités sociales et professionnelles. Si le linguiste tendra à insister sur l'opacité constitutive de l'interaction verbale et sur la nécessité d'une analyse spécifique, fine et adéquate aux particularités du contexte, le praticien rappellera sans cesse son besoin de décoder rapidement les choses, dans des situations où communiquer peut être une question de vie ou de mort.

Le volume est structuré autour de deux parties: la première, organisée et introduite par Lorenza Mondada, est focalisée sur l'élaboration de l'expertise et plus généralement du savoir médical, aussi bien par les professionnels de la médecine que par les patients eux-mêmes. La seconde, organisée et introduite par Laurent Gajo, est centrée sur les usagers du système de la santé, et notamment les ressortissants de minorités sociolinguistiques, sur leurs pratiques et leurs besoins particuliers, ainsi que sur la façon dont les services de la santé et leurs personnels organisent une réponse adéquate et une prise en charge qui tienne compte de la diversité des attentes et des pratiques du public.

De cette manière, ce numéro spécial veut parcourir un ensemble diversifié de pratiques interactionnelles en médecine et en milieu hospitalier, dans la reconnaissance de la pluralité des contextes, des partenaires, des discours dans lesquels elles agissent.

Première partie: Participation et expertise: l'élaboration collective du savoir médical

Introduction

Lorenza MONDADA

Les textes réunis dans cette partie partagent un intérêt commun pour l'accomplissement situé et collectif du savoir médical – que ce soit dans des formes de participation des patients à l'élaboration du diagnostic ou dans des formes d'expertise professionnelle et extra-professionnelle émergeant et se confrontant dans différentes arènes sociales, dans et hors l'hôpital. Les textes qui suivent développent ainsi une perspective qui se focalise sur la façon dont le savoir médical est construit, discuté, négocié, élaboré dans des activités interactionnelles entre plusieurs partenaires. Ils permettent donc de réfléchir à l'articulation et à l'imbrication de deux dimensions: l'organisation de l'interaction sociale et la construction située des savoirs.

D'une part, la dimension interactionnelle est prise en compte en partant du constat de sa centralité dans toutes les activités qui caractérisent l'exercice de la médecine – de la collaboration au sein des équipes à l'organisation du travail à l'intérieur d'un secteur, du traitement d'un cas par différents spécialistes à la prise en charge du patient par plusieurs types de personnels. Cette interactivité a été plus largement traitée dans la littérature existante lorsqu'elle concernait la consultation, dont ont été notamment étudiés les formats interactionnels spécifiques ainsi que les formes d'asymétrie dans les échanges entre le médecin et le patient; cette interactivité a été moins souvent prise en considération dans l'étude des interactions multiples et complexes qui constituent le travail quotidien de la médecine, que cela concerne les échanges entre divers experts collaborant autour de cas cliniques, entre différents professionnels à travers lesquels transite le cas, entre différents niveaux de hiérarchie dans l'hôpital ou au sein d'un même corps professionnel. Les textes réunis dans cette partie tiennent compte d'une diversité de situations interactives où des

Bulletin suisse de linguistique appliquée
No 74, 2001, 9-11 • ISSN 1023-2044

© 2001 Institut de linguistique
Université de Neuchâtel

décisions des questions, des problèmes, des controverses médicales sont collectivement traitées: dans la consultation, appréhendée dans des domaines particuliers encore peu étudiés comme la neurochirurgie (MOREIRA), l'épilepsie (FURCHNER & GÜLICH) ou le conseil en génétique (SARANGI); mais aussi dans d'autres contextes, à l'intérieur de l'espace de l'hôpital, comme dans le cas de l'interaction en salle d'opération en chirurgie (MONDADA), ou des interactions assurant la continuité du travail des infirmières (GROSJEAN), ou encore dans l'espace public, où des questions médicales sont traitées et débattues dans les médias (BOVET).

D'autre part, cette dimension interactive est articulée, dans les textes de cette partie, avec la construction située du savoir: les interactions médicales n'ont pas uniquement comme effet de relever de relations socio-professionnelles particulières, d'assigner à leur place des acteurs multiples, de construire des catégories d'experts et de novices, de demandeurs et de délivreurs de soins. Les interactions médicales sont aussi un lieu où s'élabore un savoir sur le corps, sur les pathologies, sur les traitements, sur les techniques d'intervention. Ce savoir n'est pas simplement verbalisé à partir de compétences préexistantes à sa mise en oeuvre, mais est localement accompli par différents acteurs qui interviennent dans sa définition, sa configuration, sa standardisation, sa négociation. Dans ce cadre, les analyses de l'interaction entre médecin et patient durant la consultation abordent une problématique encore peu étudiée, celle de la façon dont un savoir médical est co-construit par les deux partenaires, le patient possédant un savoir sur sa maladie susceptible de devenir un élément central du diagnostic (FURCHNER & GÜLICH), élaborant avec le médecin la définition de la «crise» (comme dans le cas de l'épilepsie) ou celle du «risque» ou de la «normalité» (SARANGI); collaborant avec lui ou bien résistant à l'investigation médicale, en s'alignant ou non avec la pratique médicale (MOREIRA). Les analyses des interactions au travail, par ailleurs, permettent de montrer comment une pluralité de partenaires intervient et se relaie dans la constitution du savoir médical, que ce soit dans le travail souvent tacite des infirmières et des aides-soignantes (GROSJEAN), ou dans des réseaux d'acteurs hétérogènes: ainsi en est-il des experts donnant leur avis en ligne durant des opérations chirurgicales dans le cadre de projets de télémédecine, où le dispositif de communication par visioconférence permet également à un public de médecins en formation d'intervenir (MONDADA). Ainsi en est-il aussi dans les débats publics médiatisés où différents types d'experts, de personnes concernées et d'autorités produisent une pluralité de

positionnements et de versions des faits à propos de problématiques particulières, de décisions à prendre, de légitimités à reconnaître (BOVET).

L'articulation entre la dimension de l'interaction et la dimension du savoir dans l'analyse de l'exercice de la médecine est susceptible d'être traitée par des méthodologies différentes et complémentaires: par une démarche ethnographique nourissant le regard du sociologue des sciences (MOREIRA), voire une approche relevant de la théorie de l'activité et de la cognition située et distribuée (GROSJEAN); par une analyse d'enregistrements transcrits relevant de l'analyse des interactions (SARANGI) ou plus particulièrement de l'analyse conversationnelle d'inspiration ethnométhodologique portant sur des consultations face à face (FURCHNER & GÜLICH) ou sur des interactions médiatisées par les nouvelles technologies (MONDADA) ou encore sur les dispositifs médiatiques (BOVET). De cette manière, un des enjeux de cette partie consiste aussi à expliciter un certain nombre d'approches, de «mentalités analytiques» et de méthodologies d'enquête en mesure de cerner la complexité des pratiques sociales, verbales et non-verbales, qui constituent et traversent l'espace médical et les savoirs qui y sont élaborés et pratiqués.

Involvement and Constraint in a Surgical Consultation Room[1]

Tiago MOREIRA
Lancaster University, Centre for Science Studies, Dept of Sociology,
UK-Lancaster LA1 4YN; t.moreira@lancaster.ac.uk

Cet article décrit différents parcours interactionnels pouvant caractériser une consultation chirurgicale. Il montre comment la décision d'inclure ou d'exclure le patient dans le traitement chirurgical est structurée par la façon dont les participants organisent leur engagement dans l'interaction. Les différents niveaux d'engagement résultent du processus à travers lequel le chirurgien et le patient ajustent réciproquement différentes ressources matérielles et sémiotiques, ainsi que de la façon dont ces arrangements affectent leur compréhension morale de la situation.

Sur la base de matériaux ethnographiques recueillis dans une clinique neurochirurgicale portugaise, l'article se focalise sur quelques séquences interactionnelles observées durant la consultation chirurgicale. Comme les participants déploient et ajustent mutuellement leurs ressources, celles-ci ont pour effet à la fois de faciliter leur engagement et de contraindre la suite des événements. Dans la construction de ces trajectoires chirurgicales, le déroulement des interactions va de pair avec la négociation par le personnel médical et le patient de leur orientation mutuelle.

In this paper I describe how interactive pathways performed in the consultation room of a neurosurgery clinic affect the inclusion of patients in, or their exclusion from, surgical treatment. In the consultation room, surgeons and patients try to determine, with the resources available at hand, whether a particular condition is suitable for surgical treatment. These interactions are organised by talk, gestures, body orientation and display, interpretation of written and radiographic materials and the material setting in which the interaction takes place. The outcome of the consultation depends upon the way in which the juxtaposition, that is, the mutual adjustment of these material and semiotic resources unfolds in particular interactions[2].

It is my suggestion that different outcomes correspond to different degrees of *involvement* achieved in the interactions. Goffman's notion of involvement captures the kind of cognitive and affective engrossment participants are morally expected to display in particular situations (see, especially, Goffman,

---

1 This research would not have been possible without the help and patience of patients, their relatives, surgeons, nurses, admin. and other staff at the Neurosurgery Clinic. I am grateful to Rita Struhkamp, Simon Carrol, Lorenza Mondada and two anonymous reviewers for comments on earlier drafts of this paper. I am also grateful to John Law and Annemarie Mol for sustained intellectual support and discussion. The research reported in this paper was funded by the Portuguese Fundacao para a Ciencia e Tecnologia (BD13901/97).

2 For a different analysis of these processes of juxtaposition, see Goodwin, 2000.

Bulletin suisse de linguistique appliquée
No 74, 2001, 13-32 • ISSN 1023-2044

© 2001 Institut de linguistique
Université de Neuchâtel

1963, pp. 33-79). For him, situations structure the immersion of participants by «framing» their activities. These frames stipulate what kinds of objects and events are «in» or «out» of the situation[3]. Within the situation, there is also an ordered set of events and roles to be performed and a range of relevant differences between people and objects to be attended to. From this point of view, the involvement of surgeons and patients in consultation rooms is configured by the «frame» and the moral and procedural rules concerning «consultations» as a special type of social gathering. For Goffman, each type of situation entails a specific form of involvement.

The types of gathering and their different implications are recognisable by competent members of a society. For such actors, the identification of and compliance with the rules of a situation is unproblematic. In this sense, Goffman's method of identification of gatherings and their activities is formalist, because it does not take into account how the ways in which matters are dealt with in interactions might affect the structure of the interaction and its prescribed level of involvement. As Wes Sharrock (1999, p. 131) has argued, it is immaterial for Goffman's enquiries how the content of those gatherings is managed and organised by those involved in it. However, participants' organisation and the correlated understanding of situations is crucial in structuring the moral and cognitive «frame» of their activities. Involvement, in this sense, can be seen as an accomplished, and problematic, feature of social interactions depending on how actors articulate the relations between the heterogeneous material and semiotic resources within their activities and intersubjectively adjust to these arrangements[4].

In order to explore the dynamics of this process of mutual adjustment and its consequences for involvement, I draw upon Michel Callon and Vololona Rabeharisoa's (1998) notion of reconfiguring trajectory. This notion will allow for the re-description of ethnographic data gathered in surgical consultations as uncertain and non-linear processes of formation of surgical *patient collectives*. A patient collective is defined as a composition of bodies, competences, artefacts and emotions gathered together by a particular activity

---

3 «Frame (...) organises more than meaning; it also organises involvement. During any spate of activity, participants will ordinarily not only obtain a sense of what is going on but will also (in some degree) become spontaneously engrossed, caught up, enthralled. (...) Involvement is an interlocking obligation.» (Goffman, 1974, pp. 345-346).

4 I am borrowing here Myriam Winance's use of «material and moral adjustment» (Winance, 2000).

or interactive exchange between participants. It is an intrinsically dynamic notion.

Deriving from Michel Callon and John Law's definition of hybrid collective as an arrangement of heterogeneous materials activated by a particular endeavour (Callon and Law, 1995; Callon and Law, 1997), the notion of patient collective denotes both an alternative to a structural and a situational conception of agency. Despite their differences, both these conceptions consider that the material environments in which action is located are simple constraints or resources to be used by the human collective (society or group). In their papers, Callon and Law argue instead that materials (technical devices, written papers, measurements, architectural settings, etc.) partake in structuring the flow of activities in which humans are engaged.

In reconfiguring trajectories, the relation between materials established by such exchanges is linked to previous arrangements relating to the same collective, albeit not determined by them. The pathway traced by succeeding arrangements delineates a trajectory. By describing the trajectories of interactions in the consultation room it is possible to understand involvement and its interlocking obligations as outcomes of sequences of materially embedded activity. It is also possible to understand how patient collectives are constructed in surgery and become (or not) surgical collectives.

In line with this orientation, I argue, furthermore, that the dynamic adjustment of material and semiotic resources imprints upon the delineation and the understanding of the various components of a patient collective. The activities of participants in situation structure the relationship between the resources available for them to use. As surgeons and patients collaboratively construct the constituents of the collective, these elements constraint and facilitate the participants' involvement[5]. In failing to accomplish these outcomes, in failing to align constituents with each other, participants become, in effect, progressively detached from each other. My interest is in understanding how the symptoms, descriptions and «objects» constructed and/or used in interaction can become sources of moral framing, constraint and facilitation, that is, of involvement.

---

5 I emphasised the collaborative aspects of these activities in favour of the different «power positions» arranged in these processes. This was because the aim of the paper is to suggest that the situated, interlocking moral obligations experienced by actors are embedded in dynamic processes of material and moral adjustment. Our mundane orientation towards each other is negotiated through material mediations (Latour, 1996). I used the case of involvement to illustrate this argument.

Methodology

The two cases explored in this paper illustrate two of many different possible trajectories of patient collectives in the consultation room: in Case 1 the patient is accepted in the clinic; in Case 2 the patient is rejected. Both patients present very similar symptoms, those associated with compression of the spinal nerve roots by a prolapsed spinal disc. These two cases exemplify how opposing levels of involvement can be accomplished in dealing with very similar conditions. The data was gathered by direct observation of interactions taking place in the consultation room of the neurosurgery clinic where I developed ethnographic fieldwork between 1998 and 1999.

The neurosurgery clinic is integrated in a university hospital located in Lisbon, Portugal. The clinic is directed by a prestigious neurosurgeon who did most of his surgical and scientific training in the United States. Most consultants or registrars have, at some point of their careers, undergone some kind of surgical training abroad. Both because of the clinic's reputation and the national health system's spatial organisation, patients are referred to the clinic's surgical consultants by GPs and other consultants (neurologists, psychiatrists, orthopaedists) practicing in an area radiating various miles around Lisbon. The consultations take place every Wednesday morning, a time slot where surgeons have to fit a considerable number of patients.

The empirical materials presented here are reconstructions of the interactions observed in these surgical consultations. During fieldwork, I would sit in consultations whenever patients authorised my presence (which they would be asked for, informally, by the surgeon, before the consultation started). During the consultations I selected particular utterances that would become the basis of my re-description of the situation afterwards. For the purposes of this paper I have translated the original fieldnotes from Portuguese to English. The names of the patients, their relatives and surgeons are aliases.

Because my argument maintains that involvement is accomplished differently by divergent interactive pathways, I will dedicate special attention to the interpretation of the sequences of activity observed in both cases. It is this explication of the unfolding of relationships between bodies, objects, talk and setting that will help identify the trajectory crossroads presented to patients and surgeons in neurosurgical consultations. These explications of the sets of activities will further detail the activities, both ethnographically and analytically.

Case 1

After giving her name and details to the secretary, Mrs. Branco waited on one of the stools of the waiting room. Despite the fact that the television was unusually loud that morning, she heard her name being called and summoned her relatives to help her to get up and walk to room 3.

The three women came into the consultation room; the oldest being helped by one of the other two. She sat next to Dr. Soares and me. She looked anxious and sad. Dr. Soares broke the silence, by asking her name.

– Maria Branco

He introduced himself to her and they shook hands. They then talked about how difficult it is to get through the traffic at this time of the day. Dr. Soares smiled and changed topic:

– ...so, what brings you here...?
– It's this pain in my left leg; I can hardly walk.
– She can hardly walk, echoed one of the younger women.
– And you are?, Dr. Soares asked.
– We are her daughters...
– Hmm, he muttered.

They then had a small conversation about Mrs. Branco's life: she was a widow; housewife; had been feeling this pain for a while whenever she did her house chores; had a vegetable garden and some chickens.

– Ok, what I want now is to know more about that pain of yours: does it go all the way through your toe?, can you say on a scale of 1 to 10 how much does it hurt?

Although Dr. Soares is a young surgeon he specialises in spinal surgery; and he seemed to expect all the answers given to his questions. He wrote down the answers given by the mother and her daughters even though some of them seemed very vague to me ("sometimes its just like a tingling sensation...", was one of Mrs. Branco's answers)

He then asked for the "x-rays" Mrs. Branco was holding in her hand. He looked at them against the light coming from the window behind us. He pointed to the Computerised Tomography (CT) scans and identified something:[6]

– ...prolapse..., he said.

He explained this to Mrs. Branco:

– It seems that your spine is compressing your nerve roots and that that is what is causing you pain and the tingling...

He got up and asked Mrs. Branco to accompany him to the next room. With his hammer he tapped Mrs. Branco's knees, back of the feet and rubbed her foot sole. This took about two minutes, in which Mrs. Branco and Dr. Soares tried to get to the best body arrangements to achieve the tests Dr. Soares wanted to perform. They returned to the room where the rest of us were.

– ...could you see the difference between your left and right legs?, Dr. Soares was asking.

Mrs. Branco looked at him in agreement.

---

6 Computerised tomography is a X-ray examination technique in which body structures are visualised according to particular planes. These images are the result of differential absortions of X-ray beam by a detector, which are then processed by computer and turned into images of «slices» of body.

BEST COPY AVAILABLE

They sat down again. After a moment of silence in which he compared the various CT scans, he addressed both the mother and the daughters and said:

– I am prepared to operate, but I must tell you now, it will only partially solve the walking problems. You, your mother will be able to walk better and for longer distances but the intervention won't put her back to normal.

The mother and daughters looked at each other.

– If you say that it is to operate...
– What I say is only part of it, the question is, do you want us to stab you in the back?, asked wittily Dr. Soares referring to the procedure of laminectomy in which the patient is effectively cut open in the back.

Mrs. Branco did not answer.

– It is *your* pain, with which you have lived for a while, so the question is can you continue like this?
– ...no...
– ...so...?

Another silence followed, a long one.

One of the daughters then asked what the operation was like. Dr. Soares went through a brief narrative of the procedures of laminectomy:

– we open the spine and release the pressure...,showing with his finger and the CT scan what would be the approach they would take.

Their indecision was obviously making him impatient. He fiddled with the appointment cards of his next patients. Recognising this, Mrs. Branco started to talk:

– It's that I've never been operated on...
– ...you're a bit scared..., Dr. Soares interrupted
– ...yes...
– ...there is nothing to be scared about, but I understand, this is a simple procedure, probably one hour...

After another silence, Mrs. Branco agreed to the operation.

– I'll put you on the waiting list, when we have a space the secretary will call you...and we'll go through more details.

Case 2

Mrs. Rebelo was told to be in hospital at nine o'clock. She didn't want to come. She hates hospitals. She hates the waiting rooms and their noise and confusion. They disturb her. She told me that she knows about hospitals. She also told me that she was nervous about not knowing the surgeon she was meeting. She was visibly nervous.

She was called into room 5. In there, Dr. Castanho was reading her file when she got in. They exchanged names and Mrs. Rebelo sat down. She immediately started telling Dr. Castanho what was the reason for this appointment.

– ...at the end of my back, this pain and numbness, both sides...!

Dr. Castanho was taken aback by this. He picked up the CTs that the secretary had left in his table.

– What?, she asked.
– Well, there seems to be a protrusion in some of your lumbar discs...
– ...what does that mean?!

– ...both sides of your roots are being compressed...
– ...do I have to be operated?
– ...er...I don't know yet...

Dr. Castanho tried to slow down the interaction by re-reading the file.

– ...the best is for us to do some tests and see...

He got up and asked Mrs. Rebelo to accompany him. He asked Mrs. Rebelo to walk on her toes and then on her heels. She tried and failed to do this various times. Dr. Castanho tried to teach her how to do this by doing it himself, but Mrs Rebelo could not do it. He tried then to test some reflexes on the back of her legs and feet. Mrs. Rebelo started crying. He stopped and asked Mrs. Rebelo to sit down again.

– I can see that you're very nervous...

Mrs. Rebelo didn't even answer. Dr. Castanho waited. When Mrs. Rebelo had calmed down he asked her if she wanted to do this some other time. He explained that he was prepared to do it in a more private space. She agreed. And left.

One week later, Mrs. Rebelo came in again. It was almost lunchtime and most of the consultations were over. She looked calmer.

– How are you doing?, Dr. Castanho asked.

She apologised for her behaviour in the last appointment:

– Its my anxiety...
– I know..., said Dr. Castanho, obviously avoiding to talk about Mrs. Rebelo's depression, about which he had been informed after their last appointment.

However, he had to ask:

– Have you been taking the pills that Dr. Antunes prescribed?
– ...yes...
– ...good.

There was a long silence, after which Dr. Castanho got up and suggested that they should try the tests again. Mrs. Rebelo agreed. But they again failed to perform those tests, and Mrs. Rebelo was again visibly disturbed and emotional.

– Maybe I am using too much force with the hammer..., said Dr. Castanho.

But this was not what he was actually thinking:

– Mrs. Rebelo, I have to be open with you, without these tests I cannot evaluate the degree to which your nerve roots are debilitated... and without this we cannot...
– ...I know, I'm sorry...
– Probably you should come in when you feel ready for it, I can open a space to go through this with you, it will only take five to ten minutes...
– ...yes...

However, I didn't see Mrs. Rebelo again. When I asked Dr. Castanho about her, he said:

– I'm sure surgery is the last thing she needs at the moment, I cannot do anything for her now...

In the following sections I will elaborate upon the ethnographic case stories by explicating the structure of the sets of activity presented to surgeons and patients engaged in neurosurgical consultations at the clinic. These sets of activity are: the arrangement of a «surgical case» to be presented to the

surgeon; the description of the socio-material environment in which the patient's complaint is to be understood; the construction of an agreed representation of «disease»; and the exercise of forms of judgement. In which of these «frames» participants negotiate their immersion in the activities and their position in relation within the patient collective.

Bringing a «case» together

As a patient, the first contact one has with the surgical department is through the secretary. One arrives at the clinic and announces one's arrival, the appointment is checked, the secretary asks for the national health system number and, if it is one's first appointment, as was the case with Mrs. Branco and Mrs. Rebelo, the secretary fills in a computer file with name, address, phone number, name of close relatives, profession, etc. Those details will come up every time the patient has a new appointment and will be used throughout her treatment, for contacting relatives in case of emergency, and for making sense of the patient's position within the health system (does she have health insurance?) or in relation to other institutions (work, etc.).

Once the administrative details are filled in, the file is printed and taken to the consultation room. This file has various «medical documents» attached to it: a letter from another doctor explaining why s/he thinks the patient should be seen by a neurosurgeon, tests concerning the suspected condition of the patient, etc. In reading the file, the surgeon selects, in advance, the type of problems that the patient might present in the consultation room. This activity distinguishes between types of consultation (first, follow-up, surveillance) and possible type of condition (spine, peripheral, cerebral, neoplastic, etc.) in which to insert the interaction that is about to happen. At the same time, in the waiting room, the patient is holding a card with the name of the doctor. In this period, it is also usual to hear patients asking other patients about doctors, about how they are, how old they are, etc.

Outside, in the waiting room, all patients are equal. They are equally engaged in this process of constructing the best possible bid for surgery[7]. The secretary warns them that if they do not have the CTs scans or some other element for

7 Biding is here used as a metaphor for the activities in which patients engage before the surgical encounter. Patients arrange their stories and their «files» in order to obtain attention from a surgeon; this is understood by the surgeon, who manages his attention as a scarce resource. This situation can be likened to a market, in which patients offer a certain good (the case) in exchange for another (attention).

their file, they will have problems with the surgeon: «Dr. X does not like to see patients without their tests, there is not much point, you see». This means that they are put into competition for the attention of surgeons. The bureaucratic re-arrangement of patients' collectives is justified in terms of surgeons' labour time, in the sense that a neat file, with all the elements in the right places, saves a lot of time in the consultation room.

The tasks of managing and arranging this collective, which started well before the patient's appointment, have some continuity with the types of requests patients encounter when they arrive at the clinic on the day of their appointment. The process of construction of the administrative file is partially supported by the database system used in the hospital. However, and I would say equally important, it also implies that patients have their identification cards and can remember things like the name of their GP or their post-code. These activities structure the understanding of the encounter and of the type of involvement required in it.

The activities of gathering and stipulating materials for the actual encounter with the surgeon repeat themselves every time patients come to the neurosurgery clinic. As the patient is presented to the surgeon, the purpose and the bureaucratic frame of their encounter is already defined. This implies that there is a form of organisation of files that is specific to neurosurgery, in the sense that it depends on envisaging particular relevancies of the surgical consultation that are not actually present either in the waiting room or in the various settings patients and/or their relatives come across before their appointment.

These activities of arranging the file, reading it and waiting correspond to a pre-figuration of the actual encounter between the surgeon and the patient. It situates the patient collective as a «request» for surgery, both for surgeons and patients. In this set of activities the collective is configured as looking for a «surgical forum», a place where the patient's complaints can be tested against the requirements of surgery. This selects the problems that can be voiced in that forum and elaborates the problems the patient wants to talk about to the surgeon, as well as gives the surgeon a specification of the situation he is about to enter.

The differences between Mrs. Branco and Mrs. Rebelo illustrate how this relationship between activities and involvement can have diverse outcomes. While Mrs. Branco patiently waited in the waiting room for her name to be called, Mrs. Rebelo expressed apprehension and anxiety about the medical

encounter. Mrs. Rebelo's was disaffected from the aims and purposes of what was being done for her and by her to arrange the meeting with the surgeon. She experiences these arrangements as an imposition, a veritable restriction of her will. Mrs. Branco, on the other hand, accepts the requests and limitations imposed on her by the bureaucratic organisation of the clinic and understands their role in facilitating the encounter with surgeon. These two different positions within their patient collectives have consequences on the way each patient comes into the next set of activities.

Getting to know the patient

The patient is called into the consultation room. The first element both the patient and the surgeon confirm is their identities, either by recognising them or by explicitly asking. This being done and established, they move on. They move on to a more social level. Dr. Soares and Mrs. Branco talked about traffic. In other encounters, I have heard people talking about the weather and similarly trivial topics.

But they are there to talk about a «problem». The problem already had a name. A name that is, in a certain sense, already «surgical», or better said «probably surgical». The bidding attitude continues. The patient is asked to present her case in a way that would suit the situation: «What can I do for you?». This opens the discussion in the forum of the consultation room. The patient, or a relative, voices a complaint. Some patients even give the surgeon the name of the disease: «It seems that I have a disc prolapse...». Surgeons take this as a claim for surgery, as configured by the patient and her other doctor(s). That is, they have to determine if this person is right for surgery. In surgical consultations, a person is constructed as a complex being.

A person has relatives. Some are present in the consultation. It is good to know, for instance, that patients have a support network and that they are not going to be alone in the anxieties and fears that precede surgery and the pain and body re-adjustments that follow it. This takes work off the shoulders of surgeons, nurses and social workers. A person also has a «way of living». A profession. A house. A life with its own material and moral conditions. These are all relevant constituents of the configuration of the patient as «person».

Take the case of Mrs. Branco. She was a housewife in a house with a vegetable garden, which in Portugal, means that she is probably responsible for a lot of the work done in the garden during the day. This work can be quite heavy and involves lifting heavy weights and carrying loads. Being a widow for

a few years, she was now probably fully responsible for house management. This and her age were probably the conditions leading to lumbar disc prolapse. A person also has a particular way of relating to others. This was readily available, for example, in the way Mrs. Branco interacted with the doctor. And gives clues into the way that person is dealing with the material and emotional consequences of her condition.

In surgery, a complaint has to be contextualised in the person's life: through a person's relationship with her social, material and emotional environment. These materials and exchanges between materials detail the patient collective. This happens through a possible link between the story the patient is telling and similar surgical cases that the surgeon has heard from patients or other surgeons (either informally or in texts). In the event of this link being performed, the surgeon feels compelled to investigate the case further. The importance both of this interaction order and of the materials relevant to these descriptions can be observed, negatively, in Mrs. Rebelo's case.

Her case presents remarkable discrepancies. The interaction between surgeon and patient was problematic from the beginning. It started with the fact that they could not introduce themselves properly to each other. The surgeon did not ask about Mrs. Rebelo's life. Mrs. Rebelo did not wait for the surgeon's cue into any kind of conversation. She gave an account of her pain. Uncontextualised, this account left the surgeon looking for what to ask. For this reason, he took time looking at the patient's CTs. Presumably, Mrs. Rebelo felt that she was being left out of the «picture», seeing the surgeon silently looking at the CTs she had brought with her. This again threw the surgeon aback.

Brought together, through the hospital system, with a surgeon, Mrs. Rebelo was expecting to be given a decision about her operation on the basis of her CT scans and the fact that she felt pain. There was no sense of her relationships, her life. Her pain was unrelated to other circumstances. By not collaborating in this reconstruction of Mrs. Rebelo's life, patient and surgeon remain unconnected. Without the construction of this story, Mrs. Rebelo and Dr. Castanho cannot share anything. The collective remains an arrangement of files and paper and letters: it tells them why they are meeting but it leaves it up to them to develop other links. The refusal to develop the links of the collective, by describing it and displaying its forces, left both surgeon and patient in a situation where it seems that the collective is *indifferent* to them. It

was made somewhere else, in another doctor's room, in the hospital's central office. It is elsewhere.

Doing disease

The implication of the surgeon, through the description of materials and relations relevant to characterisation of the patient's complaint, brings a new force into the collective. It is as if, now, surgeon and patient share the burden of constituting the collective. The surgeon asks questions about the bodily manifestation of the complaint and the patient or relative try their best to give an exact description of the symptoms.

Compared with other patients I can say that Mrs. Branco was a particularly good describer of her own pain. She could tell its pathways and extension, she could relate intensity with different everyday activities, she could animate the mutability of the pain with her body: «sometimes its just like a tingling sensation», she said while demonstrating the position and feeling of the sensation with her fingers in front of the soles of her feet. The focus in accuracy characterises this exchange between surgeon and patient and continues with radiological interpretation.

In Mrs. Branco's case it was easy to identify the differences between disc structures. One could see that a set of discs near to the sacrum had a disparate morphology from those above. Normally, Dr. Soares shows this to patients. Whether because she recognized what Dr. Soares was demonstrating or because she accepted his word for it, she agreed that there was a link between her pain and the radiological images. This implicit or explicit agreement is central in structuring the participants' involvement in the situation and their attachment to the descriptions produced in it.

The interaction that followed this agreement relied on a tight coordination between the surgeon's and the patient's bodies. Dr. Soares tapped and rubbed various parts of the patient's body with the hammer, while Mrs. Branco was told not to obstruct the reactions of her body with her mind. This withdrawal from controlling one's body allows the «nerves» to come forward and display their behaviour. In confirming that Mrs. Branco had realised the disparity of reflexes between her left and right legs, Dr. Soares added another shared element to their interaction. This realisation can be seen as the last «test» through which Dr. Soares puts his patient, and takes both surgeon and patient into another mode of interaction.

Mrs. Rebelo's case is different yet again. Dr. Carvalhosa's suggestion that they should «do some tests», after they have failed to bring together a description of her life, can be seen as another of the surgeon's attempts to connect their intentions and aims in this situation. But Mrs. Rebelo could not comply with his requests. Asked to walk on her toes, she kept falling back on her heels. Asked to relax and give way to her body, Mrs. Rebelo displayed emotions instead. In this situation, they were left with a scattered collective: there was Mrs. Rebelo, her pain, Dr. Castanho, the hospital, her description of the pain, images, and a link between the description of the pain and the images. And this was not enough to compel either the patient or the surgeon into another arrangement. Her body was expressing her anxieties and standing between them. Separating them. Separating their bodies.

Faced with this, Dr. Carvalhosa chose to re-centre their interaction around the reason for their failure to perform reflex tests. As usual when these situations happen, the surgeon prefers to defer the appointment to another time. This deferment is supposed to give time for the patient, through means outside the consultation room, to come to terms with the requirements of surgical consultations.

At first, this seemed to have worked for their second appointment. She waited for cues from the surgeon and even apologised about the last time. By asking about the pills another doctor had prescribed, Dr. Carvalhosa displayed a knowledge of her situation that contextualised his understanding of her behaviour. This also, and perhaps more importantly, defined the situation they were experiencing as dependent on the medication she was supposed to be taking and as somewhat unrelated to the concerns that have been the reason for such medical action. This difference was asserted by Dr. Carvalhosa when he started once again the sequence of neurological tests.

As it turned out, that preparatory work was ineffective in trying to bring Mrs. Rebelo to a position where she could emotionally sustain the violence of reflex tests. She was again unable to suspend her engagement with her body. For Dr. Carvalhosa, even thought he partially blamed himself, this meant that they could not go on with the surgical consultation.

These two outcomes have consequences in the way participants position themselves in their patient collective. The creation of a disease in the consultation room has the possible effect of reconfiguring the patient collective from a bidding stance to one where it is being propelled, affected by something that is both «inside» and «outside» the collective: the patient's

disease. The demarcation of the patient's collective results from the way both surgeon and patient to experience the situation as framed, bounded by the representations used to describe the disease. In failing to delineate the disease as such, their interaction becomes ill-defined. Neither patient nor surgeon can mobilise cognitive or affective resources to fit the situation.

Surgical forms of judgement

A successful bid for surgery is one in which the collective creates the conditions for a particular type of judgement. This judgement may express itself in many ways. It can be expressed by the surgeon displaying himself as «prepared to operate». In this case, the surgeon may feel obligated, affected by the «pain» constructed both him and the patient. But this is open to negotiation. Take Mrs. Branco's case. In her case, the way the surgeon is affected by the collective is not enough for the patient: she wants to know what the operation entails. If, in the beginning of their interaction, the patient's pain was taken as a claim for surgery by a sceptic surgeon, now the surgeon's proposition encounters a similar defensive individual in the patient.

It is important for the patient to be able to visualise her body in the intervention, as it configures the position one should take in the consultation room. It is also important, and for the same reason, for the surgeon to understand how the patient copes with this positioning. Mrs. Branco's reluctance was defined by Dr. Soares as «fear». Most patients in the clinic expressed the kind of fear Mrs. Branco was displaying as an ambivalence between wanting to be operated on and being protective of their bodily integrity. This kind of fear was manageable in this situation by simplifying the character of the operation in terms of duration, amount of this type of operations done in a month, etc. These are the same terms through which patients and their relatives evaluate the gravity of surgical conditions[8]. But these are also the terms used by surgeons to informally evaluate working loads.

In the end, they decide that the scenario offered by Dr. Soares is a good one to agree upon. Mrs Branco will wait in her house for a phone call from the clinic's secretary, until there is a space where she and Dr. Soares can meet. She will wait. And this waiting is the only result she will get from this

8 «..he was in there for six hours, I was starting to get worried», I heard once one patient's relative say to another relative.

interaction, a result to which Mrs. Branco can conform, or not. She can either make that waiting, or refuse to wait.

Mrs. Rebelo's case, on the other hand, does not afford such an outcome. The surgeon, Dr. Castanho, considers that the patient is not ready for surgery. He closed the consultation by indicating what her state of mind should be if she wants to come back. Later, he gave an explanation for what he saw as Mrs. Rebelo's resistance to surgery: other problems currently were more important for her. This judgement can be seen as a form of describing their failure to construct Mrs Rebelo's disease, to detach the disease from the complaint expressed by the patient. The reason why Mrs. Rebelo was pushed outside surgery had to do with the failure to attach their bodies to each other in a collective arranged around a «disease».

This connection depends upon their ability to temporarily abstract Mrs. Rebelo's pain or disease through their actions and into a story. Without assembling particular relationships between emotions and things, between lives and materials, bodies and objects, it is impossible to «project» a surgical collective into a common narrative. It is impossible to create it. As a forum, the consultation room depends upon this reflexive ability to establish visible connections between those materials. That visibility corresponds to the force of their involvement and is expressed in the form of the surgeon's decision to operate.

The concatenation of involvement and constraint

Observing the different shapes and configurations of collectives that are produced in and around the consultation room, it is fair to say that the most striking difference is between the patient collective that became «surgical» and the one that did not. In socio-material terms, the reconfigurations that go on in the consultation room have to do with the organisation of involvement. Involvement can be seen as *the organising force* in constituting patient collectives in surgery.

The construction of surgical collectives is achieved to the extent in which patient and surgeon and other participants can develop the links of the surgical collective through four sets of activity: the arrangement of a file; the description of the relevant emotional and material links to the patient's «complaint»; the construction of an external constraint to their interaction; and the exercise of forms of judgement. The structuration of a surgical collective

relies, thus, on the maintenance and management of involvement between participants in all of these forms of interaction.

The importance of managing involvement in medical interaction has been stressed by many ethnographic studies of medical encounters (Have, 1995)[9]. In such studies, however, each set of activities is studied on its own. The openings and closing of each «frame» are thought to be interactively achieved by doctor and patient through their utterances and body movement. It is a question of the participants' reflexive management of their interaction. From these studies it is also possible to understand the importance of participants' management of their interaction in determining the required level of involvement for each specific activity. Involvement emerges as a process dependent on the matters being negotiated in the interaction.

Less attention is given in these studies to the power exerted by the shape of those matters once constructed by participants. If it is true that activities delineate and construct their «objects», it is also reasonable to argue that these «objects», in turn, organises the unfolding of the interaction and the organisation of activities (Latour, 1996). Here, I want to suggest that the links between sets of activities depend, in addition, upon the participants' ability to construct the arrangements of material and semiotic resources which, once constructed, enable them to act or interact in specific ways.

The maintenance and management of involvement relies on this continuous oscillation between the making of an arrangement of materials (a structure) and the enjoyment of the possibilities for action afforded by such an arrangement. From this perspective, the establishment of each configuration of the collective leads to «an opening» into another form of interaction.

Emilie Gomart and Antoine Hennion in their paper «A Sociology of Attachment: Music Amateurs, Drug Users' (Gomart and Hennion, 1999) propose that, in analysing subjectivities, the focus could be shifted from «performance» (what and how is produced) to «event» (what arrives). Describing how both music lovers and drug addicts go through a careful construction of socio-technical apparatuses in order to receive and be influenced by their unexpected effects, Gomart and Hennion question foundational oppositions of sociology and other human sciences such as

---

9 For a studies emphasising «involvement» see, for example, Heath (1986) and Pilnick and Hindmarch (1999).

agent/structure, action/passivity, free/determined, etc. (Idem: 220). With this they suggest that:

> the network is not a black pool in which to drop, dilute, criticise and lose the subject. It is on the contrary an *opening* (...) which releases us from the insoluble opposition between natural determination and human will. (Idem: 226) [emphasis mine]

They are generous enough to extend this «us» to the experts of the practices studied. As the analytical concept of network can be made to open the debates from the oppositions that, in Gomart and Hennion's opinion, have kept the «course of the world» away from sociology, so too the «dispositifs» laboriously constituted by the actors in their studies open new possibilities of involvement with the materials they love. For music enthusiasts and drug users, their «passion» needs thorough preparations for their «action» to be determined. I suggest that a similar process of *determination* and *production* takes place in the surgical consultation room.

In constructing the bureaucratic file, the various participants (GP, nurses, admin. personnel, patient, surgeon, etc) reduce the range of possible events and objects to be considered in the surgical encounter. In these activities participants actively «frame» the interaction and format the patient collective by listing the objects and events of the collective and their relations. Through these constraints the collective and its possible forms of reflexive elaboration (the consultation) come into a facilitated relationship. This relationship depends, though, on the patient and surgeon permitting its determinations to take place and direct their involvement.

The bureaucratic file contains the resources upon which participants build to initiate their interaction. The set of activities in which patient and surgeon re-describe the patient's emotional and material environment is, however, more than an addition to the bureaucratic collective brought together before their appointment. The narrative of the patient's life is specifically linked with the type of «complaint» exhibited by the patient. The materials and emotions that are brought into this description are collaboratively selected and outlined. In order for this description to determine the participants form of involvement it is necessary that both participants experience the descriptions as «shared». Such mutual understanding of the resources of the collective as instantiated in the consultation room will prove crucial in the next set of activities.

The construction of the surgical disease depends not only on both patient and surgeon's skill and expertise (the ability to describe pain, knowing how to control one's body, knowing what to look for in a patient's body, etc.) but also on the extent to which that disease can be considered to be not constructed,

and to be constraining both patient and surgeon in a similar way. As the symptoms are described and re-described, tested and experienced these elements become components of the collective. In this respect, the disease can be considered a mediation between patient and surgeon, to be added to the link between the patient's story and other cases. Such activity, which surgeons often call «finding the anatomical evidence», can pull the collective inside surgery or push it outside, can determine whether or not a surgical collective is constructed.

It is by taking the disease as something that does not depend on their interaction that surgeon and patient are brought to act upon it. This is because, by constructing its «externality» both surgeon and patient or relative can, as subjects, judge its worth. In negotiating what kind of scenario is best, participants have rejected the possibility of its judgement being influenced by the disease. By configuring diseases as external constraints on their interaction, surgeon and patient are able to take on those constraints as conditions for the exercise of judgement. Their negotiation of the outcome of the consultation are organised by the way in which they understand their decisions as «free» from the determinations of the disease (pain, disability, etc) if albeit «using» the resources made available through their activities.

The thorough organization of the patient's file enables the patient to expect the attention of a surgeon, and allows the surgeon to assume an inquiring position. This stance can sustain the actions leading to a depiction of the material and emotional environment of the patient, which, in turn, creates the conditions for including the surgeon in the collective. As a properly collaborative endeavour, surgeon and patient find ways of externalising their obligations in the form of a «surgical disease». Once again, this «external force» is the basis for their exercise of judgement over the collective.

In the same act as the collectives are configured by each set of activities the conditions for its further reconfiguration within surgery are also constructed. The process of making these links available corresponds to a repetitive, concatenated technique of self-affection performed by the collective upon itself. Those multiple constraints over the collective, in their cumulative effect, create a «surgical trajectory». In the consultation room, a «surgical trajectory» can be seen as an accomplishment of sequences of constraints and the exercise of the possibilities that they open. In this setting, it is this form of sequentiality that prevails over the obligation to go through the sets of activity

one after another. In constituting the collective as «surgical», participants also perform its surgical trajectory.

Mrs Rebelo's case can help us in further understanding this idea. In her case, the «surgical» constraints failed to affect the participants on a variety of occasions. They failed, despite the fact the patient and surgeon tried a variety of forms of interaction, because each link that they were able to establish fell short of «moving» them to and sustaining their activity of building the next association. That movement can be seen as the realisation of the force of the previous link. The strength of the relation between radiological images and descriptions of leg pain can be reinforced either by an account of the material, social and emotional environment of the patient or by the performance of reflex tests. Each of these possibilities relies on the difference between forms of interaction: doing reflex tests, talking «life», checking identities, etc.

It is not that the collective «decides» not to have surgery. It is, instead, that the collective cannot constitute itself in a way capable of making surgical forms of judgements emerge. It is impossible to decide if Mrs. Rebelo's collective «needs» surgery because it did not, in any way, become surgical in the interaction in the consultation room. It did not enact the materials that enable this form of judgement. This case, thus, exemplifies negatively the fact that the decision to have surgery can only be taken in a collective which already embodies, through a concatenated construction of involvement, the criteria of surgical judgement The failure to set up a surgical collective is also the failure to be determined by a bureaucratic file, a description of life, a disease and its narrative, to be affected by them and the activities that their afford.

In this paper, I have argued that the inclusion or exclusion of patients from surgical treatment derives partially from different interactive pathways in the consultation rooms. I suggested that the involvement displayed by participants in consultation rooms is an effect of the way in which participants delineate the constituents of their material environment. The process of mutual adjustment of materials between each other and of participants to their environment is organised by a dynamic alternation between the construction of a «dispositif» and the use of its intersubjective possibilities.

REFERENCES

Callon, M. and Law, J. (1995). Agency and The Hybrid Collective. *South Atlantic Quarterly, 94*, 481-507.

— (1997). L'Irruption des Non-Humains dans Les Sciences Sociales: Quelques Leçons Tirées de La Sociologie des Sciences et Techniques. In B. Reynaud (ed.), *Les Limites de La Rationalité – Les Figures du Collectif* (Vol. 2). (pp. 99-118). Paris: La Découverte.

Callon, M. and Rabeharisoa, V. (1998). Reconfiguring Trajectories: Agencies, Bodies and Political Articulations: The Case of Muscular Distrophies. *Theorising Bodies in Medical Practice Workshop*, Centre de Sociologie de L'Innovation, École des Mines de Paris, September.

— (1999). De La Sociologie Appliquée à L'Opération Chirurgicale: Ou Comment Faire Disparaître La Personne du Patient. *Sociologie du Travail, 41*, 1-20.

Goffman, E. (1961). *Encounters: Two Essays on the Sociology of Interaction*. New York: Bobbs-Merrill.

— (1963). *Behavior in Public Places*. New York: Free Press.

— (1974). *Frame Analysis*. Boston: Northeastern University Press.

Gomart, E. and Hennion, A. (1999). A Sociology of Attachment: Music Amateurs, Drug Users. In J. Law and J. Hassard (eds), *Actor-network Theory and After*. (pp. 220-247). Oxford: Blackwell.

Goodwin, C. (2000). Action and Embodiment within Situated Human Interaction. *Journal of Pragmatics, 32*, 1489-1522.

Have, P. T. (1995). Medical Ethnomethodology: An Overview. *Human Studies, 18*, 245-261.

Heath, C. (1986). *Body Movement and Speech in Medical Interaction*. Cambridge: Cambridge University Press.

— (1992). The Delivery and Reception of Diagnosis in General Practice Consultation. In P. Drew and J. Heritage (eds), *Talk at Work*. (pp. 235-267). Cambridge: Cambridge University Press.

Latour, B. (1996). On Interobjectivity. *Mind, Culture and Activity, 3*, 228-245.

— (1999). *Pandora's Hope*. Cambridge MA: Harvard University Press.

Pilnick, A. and Hindmarch, J. (1999). «When you wake up it will be all over»: Communication in the Anaesthetic Room. *Symbolic Interaction, 22*, 345-360.

Sharrock, W. (1999). The Omnipotence of the Actor: Erving Goffman on the «definition of the situation». In G. Smith (ed.), *Goffman and Social Organization*. (pp. 119-137). London and New York: Routlegde.

Winance, M. (2000). De l'adjustement entre les prothèses et les personnes: interactions et transformations mutuelles. *Handicap, 85*, 11-26.

Intervenir à distance dans une opération chirurgicale: l'organisation interactive d'espaces de participation

Lorenza MONDADA
Universität Basel, Romanisches Seminar, Stapfelberg 7-9, CH-4051 Bâle;
lorenza.mondada@unibas.ch

Université Lyon 2, GRIC UMR CNRS 5612, campus de Porte des Alpes, CP 11,
F-69676 Bron cedex; lorenza.mondada@univ-lyon2.fr

Interaction plays a central role in medical practice not only during the consultation – a field largely studied by interactional analysis – but also in discussions among doctors and various experts taking care of the patient. These professional interactions are the locus where expertise is displayed, where knowledge about pathologies is collectively accomplished, where decisions are taken. This paper analyzes a specific setting where these interactions are particularly intense: the data were recorded during a surgical operation performed by a team, connected to an expert giving advice and to an audience watching the operation for didactical purposes and asking questions to the surgeon. This complex setting allows us to analyze the way in which a participation space is created for different voices contributing to the configuration of the event.

1. Introduction

Les activités communicatives jouent un rôle central en médecine: c'est le cas des interactions entre médecin et patient – qui ont été amplement étudiées, surtout pour ce qui est de la consultation et de la médecine généraliste – mais c'est aussi le cas des interactions entre médecins, qu'ils soient juniors ou seniors, qu'ils appartiennent à la même équipe ou qu'ils relèvent de disciplines différentes appelées à collaborer sur un même cas (Cicourel, 1990, 1994; Atkinson, 1995; Pilnick & Hindmarsh, 1999). Les secondes ont été largement moins étudiées que les premières, alors même qu'elles occupent une place constitutive dans les pratiques médicales, surtout lorsqu'on considère la complexité de l'espace hospitalier et les trajectoires des patients et de leurs dossiers dans cet espace (Moreira, ici-même). Or le travail hospitalier est par définition un travail nécessitant la coordination de l'action de personnels très différents, organisant la distribution de compétences et de tâches chez une pluralité d'acteurs (Grosjean & Lacoste, 1999) et de supports matériels et technologiques (Berg, 1997).

C'est précisément aux interactions entre des professionnels de la médecine que nous allons nous intéresser ici, dans un cas particulier, celui de la chirurgie. Les études ethnographiques des pratiques de la salle d'opération ne sont

Bulletin suisse de linguistique appliquée
No 74, 2001, 33-56 • ISSN 1023-2044

© 2001 Institut de linguistique
Université de Neuchâtel

pas nombreuses (Hirschauer, 1991; Fox, 1992; Katz, 1981; Goffman, 1967; Peneff, 1997; Aanestad, Hanseth, 2000; Moreira, ici-même) et les études des interactions qui s'y déroulent encore moins (Grommes & Dietrich, à paraître; Mondada, à paraître b, c, d, e), sans doute parce qu'il s'agit là d'un terrain plus difficilement accessible au chercheur que la consultation ordinaire et plus complexe, articulant l'interaction verbale à la manipulation d'appareils techniques et à l'activité gestuelle, voire manuelle, qui est centrale (bien que, comme le montrent les travaux de Heath, 1986, les manipulations du corps jouent un rôle important dans la consultation, qui ne saurait être réduite à un échange verbal).

Les questions que nous nous poserons dans cet article concernent le fonctionnement d'une équipe durant l'opération chirurgicale et plus précisément la coordination de la participation et de l'action de plusieurs acteurs dans une pratique chirurgicale particulière, relevant de la télémédecine. La télémédecine est en effet un domaine où la communication joue un rôle fondamental, puisqu'elle se définit par le projet de faire intervenir dans le soin du patient plusieurs acteurs agissant à distance, dans des formes qui peuvent être très différentes (allant de l'échange d'informations par téléphone, par fax ou par Internet à l'accomplissement conjoint de gestes médicaux dans un espace virtuel). Le cas empirique que nous allons analyser ici permet d'interroger les modalités pratiques par lesquelles ce projet peut être concrétisé et en même temps constitue un terrain privilégié où étudier la coordination entre différents professionnels au travail.

Ce terrain nous permettra ainsi de poser de façon empirique des questions qui assument un rôle central dans les pratiques contemporaines de la médecine et plus généralement dans des pratiques professionnelles où des acteurs sont appelés à coordonner leur compétences pour agir ensemble dans un cours d'action commun, souvent médié par des technologies (Heath & Luff, 2000). Nous allons problématiser ces questions de coordination en nous focalisant sur un problème particulier, celui de la création d'un espace de participation adéquat.

2. Une situation d'interaction complexe: des participations multiples à une opération chirurgicale

Afin de présenter la situation étudiée et les phénomènes qui nous intéressent, nous allons immédiatement proposer un extrait du corpus sur lequel nous

allons travailler, constitué de l'enregistrement vidéo de trois opérations effectuées successivement par la même équipe dans le même dispositif télémédical[1].

Extrait 1 (tc11068V/K2/D1/28'/p44)

1	R	so it's . important to stay as . sans trop bouger oui merci .. it's
2		important to stay as close as possible/ . to the gastric wall\ . you see
3		i try to have a . a good tension/ in my tissue/ .. oui\ la coagulation est
4		sur combien/
5	F	euh:: euh xxx [xx cinquante
6	R	[cinquante\ . cinquante\ . s'il vous plaît/
7	(1 s)	
8	M	cinquante
9	R	cinquante/ allez-y cinquante\
10	F	(ouais ouais xxxx)
11	R	c'est cinquante/ ouais/ . °tu peux me le mettre droit guy-ber/°
12	D	xxxx
13	R	°xx mets-moi l'estomac droit/ à peu près/ . ouais . attends . okay
14		ouais ça va°
15	S	question/
16	R	oui\
17	A	do you use euh . coagulation or (section; suction)/ or aren't you afraid
18		ehm to use monopolar coagulation\
19	(3 s)	
20	R	(°non c'est pas ça°) no we have the habit to: to use euh (h) a monopolar
21		coagulation/ . for this kind of dissection/ . but in f- in fact i think .
22		attend(ez)=attend . y a tout bouge/ y a tout qui bouge/
23	D	la graisse qui revient
24	R	°ouais c'est la graisse qui revient\° so you see the problem/ euh: sometimes
25		we have to: . to (er)begin the dispo(d)ition . in order to have a good
26		vision/ . and so it's not very easy\ . so:/ no problem/ . we take
27		away [the hook
28	L	[i think that the: eh Robert/
29	R	oui
30	L	i think that your space is a very little=euh . space/ is there a
31		problem of insuflation or:
32	R	no no no no
33	L	no/ . [no
34	R	[no no/ euh .. it's a problem of . ABUNdance of fat\
35	L	ha ha °xxx°
36	S	and in this obes[ity

---

1 Nous avons assisté à l'opération avec les experts et les chirurgiens en formation. Les enregistrements ont été effectués par les initiateurs du projet, au moyen du dispositif utilisé par eux pour la visioconférence. Nous remercions vivement Jacques Marescaux, Didier Mutter et Michel Vix ainsi que l'IRCAD de l'Hôpital de Strasbourg pour leur collaboration, sans laquelle cette analyse aurait été impossible. L'analyse fait partie d'un projet de recherche que nous dirigeons au Romanisches Seminar de l'Université de Bâle, financé par le FNRS (projet no 1214-051022.97) et portant sur l'étude des interactions entre chercheurs de différentes disciplines dans des contextes plurilingues. Les conventions de transcription adoptées se trouvent à la fin de cet article.

37 L [so it's often the case in this kind of patient/
38 S yes=
39 R =yes so you have to take the waves/ . one by one/

Cet extrait se situe au cours d'une opération chirurgicale d'un patient souffrant d'obésité chronique. R, le chirurgien en chef commente ce qu'il est en train de faire pendant qu'il opère (p. ex. l. 1-3), en s'adressant à un public international de médecins en formation continue, qui suivent l'opération depuis un amphithéâtre universitaire, où elle est retransmise en temps réel par visioconférence. Ce public a la possibilité de poser des questions, comme le fait ici A (l. 17-18), en prenant directement la parole ou bien, comme ici, en se sélectionnant auprès d'un modérateur, S (l. 15). Le chirurgien ne s'adresse pas uniquement à l'audience, mais interagit aussi avec un ou plusieurs collègues (ici S et L) qui sont dans l'amphithéâtre avec le public. En outre, le chirurgien interagit avec son équipe (*cf.* l. 3-14), avec laquelle il coordonne l'opération.

La situation observée est donc complexe, faisant intervenir plusieurs interlocuteurs, dans des espaces géographiques distincts, utilisant plusieurs technologies, engagés dans des activités qui tout en étant distinctes sont imbriquées les unes dans les autres. Cet extrait permet d'en relever quelques caractéristiques.

Le chirurgien parle français à son équipe, alors qu'il s'adresse aux autres en anglais, selon un *participant related code-switching* (Auer, 1984, 46sv). Le code-switching entre les deux est organisé par l'orientation vers les destinataires visés au sein de l'action en cours; les lieux de l'alternance entre une langue et l'autre sont moins contraints par la structuration syntaxique de l'énoncé en cours que par la séquentialité de l'action en train de se faire, en l'occurrence l'action d'opérer. C'est elle qui définit les priorités temporelles de ce qu'il faut faire pas à pas. Les premières lignes («so it's . important to stay as . sans trop bouger oui merci .. it's important to stay as close as possible/ . to the gastric wall\» l. 1-2) sont significatives de ce point de vue, ainsi que l'interruption de la réponse («but in f- in fact i think . attend(ez)=attend . y a tout bouge/ y a tout qui bouge/» l. 21-22) par une vague de graisse qui envahit le champ opératoire et qui oblige à le redisposer. Le code-switching rend manifeste une alternance entre deux activités, l'opération proprement dite pouvant revenir à l'avant-plan d'un moment à l'autre et reléguer la démonstration à l'arrière-plan selon les urgences qui s'imposent. Le code-switching est donc une ressource disponible dans cette situation particulière, où un chirurgien francophone opère avec une équipe francophone tout en étant connecté

à un public international, pour délimiter deux activités – l'*opération* et sa *démonstration* – et pour délimiter deux types de destinataires – son *team* et le *public*.

Par ailleurs, le chirurgien interagit aussi avec deux autres personnes, S et L, qui interviennent de façon différente que l'auditeur: ils s'auto-sélectionnent, avec d'éventuels chevauchements (l. 28, 34, 37); ils ne se limitent pas à poser des questions mais font des constats (l. 30, 36, 37), ils ne circonscrivent pas leur parole à un tour bien délimité mais la reprennent en enchaînant sur la parole du chirurgien. Ces deux locuteurs, qui peuvent être catégorisés, au gré de leurs interventions, comme des «experts» ou comme des «chairmen» se détachent ainsi du public en assumant des positionnements particuliers: leurs tours ne sont pas configurés de la même façon que ceux des auditeurs; ils agissent davantage comme des pairs vis-à-vis de leur collègue chirurgien. Bien que ces locuteurs soient géographiquement situés dans le même amphithéâtre que le public, ils ont une conduite qui les rapproche plutôt du team qui opère.

Les activités que nous venons de décrire permettent ainsi de distinguer différents modalités de prise de la parole, par des locuteurs que l'on peut positionner de différentes façons autour du chirurgien. Ces conduites et ces positionnements différents permettent d'envisager des *espaces de participation* dont le fonctionnement est documentable sur la base d'une analyse détaillée des enregistrements.

3. Enjeux: l'organisation interactionnelle d'espaces de participation

La question de la participation nous semble cristalliser plusieurs dimensions qui président à l'organisation intelligible de l'activité complexe à laquelle nous avons affaire.

3.1 En premier lieu, les formes de participation s'articulent avec l'organisation séquentielle de la parole-en-interaction, dont la forme s'oriente vers ses destinataires (est *recipient designed*, Sacks & Schegloff, 1979) et de cette façon exhibe l'audience qui lui est pertinente. L'organisation tour par tour de la parole dessine une séquentialité où l'intervention de certains partenaires est favorisée ou au contraire est bloquée (*cf.* Mondada, à paraître a). Ainsi, par exemple, les analyses de Goodwin & Goodwin (1986) montrent comment l'activité de chercher un mot peut non seulement sélectionner un locuteur mais encore lui permettre de s'associer au discours en train de se faire; C. Goodwin

(1987) montre comment oublier un détail dans une histoire peut être exploité comme une ressource pour inviter un interlocuteur à devenir un co-narrateur; M.H. Goodwin (1993) montre comment l'organisation d'une histoire est susceptible de construire des camps opposés dans une dispute et comment les disputes peuvent se structurer en limitant les participants à une confrontation entre deux interlocuteurs ou bien en ouvrant le cercle possible des opposants (1990, 240sv). Ces exemples d'analyses renvoient tous à la façon dont l'organisation séquentielle accomplit des configurations reconnues de locuteurs favorisant leur prise de parole, leur alignement, leur prise à parti ou au contraire les excluant de la «mécanique» des tours de parole.

La notion de *cadre de participation* a été proposée par Goffman (1981) dans un article important consacré au *footing* (que l'on peut traduire en français par «position» ou «positionnement») dans le contexte d'une critique de la notion d'«auditeur», trop réductrice par rapport à la multiplicité des activités que celui-ci peut effectuer, en tant que participant désigné et ratifié, mais aussi en tant que tiers ne participant pas officiellement à la conversation mais l'épiant, la surprenant ou adoptant vis-à-vis d'elle une posture d'«inattention polie». C'est ce qui amène Goffman à développer une typologie de rôles participatifs (distinguant l'*animator*, l'*author* et le *principal* du côté de la production et les auditeurs ratifiés, adressés ou non, et non ratifiés, *over-hearers* ou *eavesdroppers*, du côté de la réception).

Mais ce qui nous importe est moins la typologie que ces distinctions produisent que les procédés et les ressources sur lesquels ils se fondent pour configuer et reconfigurer les constellations de récipiendaires pertinents, les rendre identifiables et reconnaissables, avec leurs droits et obligations, ou encore (ré)aligner les actions des participants sur la même activité, (re)focaliser leur attention sur un objet commun. Parmi les ressources disponibles, on peut mentionner les emplois des pronoms déictiques et leur distribution séquentielle; les modes de sélection des locuteurs et les types d'enchaînements séquentiels projetés et normativement attendus; les regards et leur contribution structurelle à l'organisation des tours de parole (Goodwin, 1981; Heath, 1986: «In securing the doctor's cooperation, the interactants establish a certain participation framework, a specific form of producing the activity and having it attented to, a form which allows the patient to show the complaint rather than merely describe it.», 1986, 84-5).

3.2 L'organisation séquentielle des modes de participation s'articule aussi aux dispositifs de catégorisation pertinents dans l'interaction. En effet la configura-

tion de groupes d'interlocteurs reconnus, légitimes, autorisés va souvent de pair avec leur catégorisation, comme co-narrateurs ou comme opposants dans une dispute, éventuellement organisés en paires standardisées (Sacks, 1972); comme membre disposant d'un savoir et membre recherchant ce savoir, comme enseignant et enseigné, comme médecin et patient, etc.

La structuration d'un échange privilégiant des paires adjacentes récurrentes et spécialisant les locuteurs dans la production d'une des parties de la paire – le novice dans la question et l'expert dans la réponse par exemple – contribue à la fois à contraindre les formats de participation et à catégoriser les participants. M.H. Goodwin reconnaît implicitement ce lien lorsqu'elle affirme utiliser le terme de «participation framework» pour décrire deux aspects, le positionnement en tant que locuteur ou auditeur dans l'interaction et la façon dont les parties sont caractérisées dans l'interaction: «Although conceptually distinct, in practice processes through which participants are aligned toward each other and the way in which they are depicted are frequently intertwined.» (1990, 10). Se présenter sous une certaine catégorie permet de rendre reconnaissable et légitime le fait de prendre la parole d'une certaine façon.

3.3 Nous parlerons d'*espace de participation* plutôt que de cadre: ceci nous permet d'articuler les formes de participation à l'espace interactif, qui n'est pas uniquement défini de façon métaphorique par un ensemble de relations, d'orientations et d'alignements qui découpent des groupes et délimitent des camps, mais aussi par des localisations repérées ou revendiquées par les locuteurs dans des espaces socialement organisés et, plus concrètement, des arrangements matériels et visuels des participants dans l'espace (*cf.* Mondada, à paraître b et c; Relieu, 1994).

L'organisation des espaces visuels, virtuels et médiatiques dans le corpus qui nous intéresse découpe de façons différenciées cet espace. Ce n'est ainsi pas un hasard que l'image *externe* disponible soit celle de la salle d'opération et non pas celle de l'amphithéâtre (le public n'apparaissant jamais à l'image) et que celle-ci soit elle-même largement subordonnée à l'image *interne*, endoscopique, rendant accessible non pas la personne des chirurgiens mais leurs instruments, les gestes qu'ils accomplissent et l'anatomie dans laquelle ils naviguent; ce n'est pas un hasard que l'accès au microphone soit facilité pour le chirurgien qui opère (doté d'écouteurs et d'un micro monté au niveau de sa bouche) et pour l'expert-chairman (qui intervient à micro ouvert), ce qui n'est en revanche pas le cas des assistants du chirurgien ou des infirmiers (sans micro) et du public (qui doit allumer le micro avant de parler). Ces modes

d'accessibilité différents au floor vont de pair non seulement avec différentes façons d'intervenir, mais encore avec différentes façons d'exhiber en vertu de quelle catégorie on intervient (*cf.* Mondada, à paraître a).

3.4 Le type d'activité complexe auquel nous avons affaire ici – articulant l'opération chirurgicale, la téléexpertise et le téléenseignement – pose ainsi une série de problèmes pratiques aux interlocuteurs qui sont directement liés à la création d'espaces variables et multiples de participation. Comment reconnaître à qui s'adresse le chirurgien et en vertu de quelle catégorie, pour pouvoir produire un enchaînement adéquat; comment reconnaître le moment adéquat où poser une question en tant que public; comment rendre reconnaissable une intervention en tant que modérateur se faisant le porte-parole du public ou bien en tant qu'expert dialoguant avec le chirurgien voire se faisant son porte-parole dans son activité explicative? Dans ce qui suit nous nous demanderons comment les espaces participatifs sont distribués, délimités, reconfigurés de façon contingente et occasionnée, permettant différents types d'interactions entre les intervenants; ainsi que comment émergent et sont produites dans leur intelligibilité les catégories pertinentes qui organisent les différentes actions accomplies et comment elles participent à ces actions de façon reconnaissable comme ordonnée et diversifiée. Notre analyse se centrera sur la figure du collègue-expert-chairman, l'entité la plus mobile et la plus plastique de tout le dispositif, qui tour à tour agit sous une catégorie différente et organise des schémas de participation distincts pour soi et pour les autres.

4. Interagir avec le chirurgien en tant qu'expert et collègue

Dans ce qui suit, nous allons identifier quelques ressources dont l'usage situé permet aux participants de manifester leur positionnement dans un espace spécifiquement délimité. Parmi ces ressources, nous insisterons sur le code-switching (4.1), sur le rôle de certains formats de questions et de demandes de ratification (4.2), ainsi que sur le rôle des productions collaboratives d'énoncés (4.3). Ces ressources seront analysées en tant qu'elles contribuent toutes à l'établissement d'un espace participatif lié à l'action en cours et à des catégories d'appartenance des personnes qui y agissent.

4.1 Le code-switching comme ressource pour distinguer l'espace de l'opération et l'espace du public

Le code-switching est une ressource rendue disponible par la situation reconnue comme bilingue par les participants: l'opération est effectuée par un chirurgien invité francophone et un team local; en revanche la définition du public comme «international» (dans l'amphithéâtre sont réunis plusieurs dizaines de participants venant de tous les pays d'Europe) déclenche l'adoption de l'anglais *lingua franca* pour la communication officielle au sein de la visio-conférence.

Extrait 2 (1106/K2DV1/36'/p48/1939)

1	D	so now we're waiting for the: . the tube\
2	(4s)	
3	X	xxxxxx ((dans la salle d'opération))
4	S	°oui: . mais maintenant elle est bonne/ mais il y a une minute . on était
5		dans le bleu hein/ . je crois que c'est la fum[ée°
6	R	[okay\ there is\ . okay\ . fine/
7	S	((ri[t))
8	R	[and you can inflate the balloon with twenty-five cc
9	D	vous insufflez
10	R	vingt-cinq cc/ ... tu mets l'aspiration ici michelle
11	S	°oh oui\ .. c'est tout à fait bon ça°
12	R	moi j'attends hein
13	S	mhm
14	R	in such cases it's important to avoid any bleeding

Extrait 3 (1106/K2DV1/26'/pl43/1751)

1	D	you see so/ i have now (h) a vision of my: my stomach/ here .
2		and i'm going to put now better my liver retractor\
3	(4s)	
4	R	°i'm going to open as . great as
5		possible° [okay so (°comme ceci°) are you agree stéphane/
6	S	[maintenant c'est très bon
7	S	yes/ . very [good/
8	R	[so: in a man/ euh there is a lot of baxxxx [fat also
9	S	[très
10		bien maintenant/ depuis qu'on s'est rapproché c'est parfait . mhm

Dans ce deux extraits S, le chairman-expert, intervient, comme D et R, les chirurgiens qui opèrent, en français. Le fait de passer au français a commme effet de restreindre l'espace de participation. Comme tous les membres du public ne parlent ou ne comprennent pas le français, parler dans cette langue a comme effet d'exclure une partie de l'audience, ainsi que de faire de l'audience une *overhearing audience*. Par ailleurs, le passage au français a un autre effet: il fait que S participe au même espace (linguistique) que celui des chirurgiens. Cela entraîne une inclusion de S dans l'espace de la salle

d'opération; cela inscrit S dans le même groupe que celui de l'équipe qui opère.

Sur la base de ce constat préalable, on peut se demander comment S accomplit son appartenance au même espace que celui de l'équipe chirurgicale.

Dans l'extrait 2, aux lignes 9-13, on peut remarquer que S s'auto-sélectionne pour participer à une séquence en train de se dérouler en français entre les chirurgiens R et D. Cette séquence se clôt avec le commentaire public de R en anglais (l. 14). Tout comme aux lignes 4-5, S produit une évaluation en adoptant un ton de la voix particulier, bas, presque murmuré, qui constraste avec sa voix «officielle», plus forte. Ce ton bas est aussi celui qui caractérise souvent le chirurgien lorsqu'il s'adresse à son équipe.

Dans l'extrait 3, comme dans le précédent, le thème de l'intervention de S est la qualité de l'image. De cette manière, S participe activement à l'accomplissement par l'équipe de l'adéquation de l'image endoscopique pour la tâche en cours. La position séquentielle des tours de S est ici intéressante: une première évaluation est proposée en français, en chevauchant le tour de R (l. 6). Cette évaluation est séquentiellement liée au premier constituant du tour de R et à l'action effectuée (disposer le rétracteur du foie). Une deuxième évaluation est proposée ensuite en anglais (l. 7), comme la seconde partie d'une paire adjacente, répondant à la demande de R («are you agree Stéphane» l. 5). Une troisième évaluation, enfin, est proposée lorsque le rétracteur du foie a été disposé, clôturant ainsi la séquence (l. 9-10). Ainsi S est en train d'effectuer différents types d'évaluation: il initie des évaluations en français de façon immédiatement conséquente à une action de l'équipe et il réagit en anglais à une demande de ratification officielle de la part du chirurgien. Ces deux types d'évaluation sont organisationnellement différents, l'un s'alignant avec le travail de l'équipe et l'autre s'alignant avec la production officielle de la démonstration pour le public.

En outre, dans les deux extraits S propose deux descriptions de l'action effectuée en utilisant le pronom «on» («il y a une minute . on était dans le bleu hein», extr. 2, l. 4-5; «depuis qu'on s'est rapproché c'est parfait», extr. 3, l. 10). Ce pronom peut être entendu comme l'équivalent de la première personne du pluriel «nous». Il est utilisé pour désigner des localisations et des mouvements dans l'espace anatomique, qui construisent ainsi une perspective commune aux énonciateurs se rangeant sous ce pronom. Cette perspective est celle des acteurs de l'opération: l'utilisation du pronom renforce ce que fait le code-switching, à savoir la constitution d'un espace participatif (Auer 1984, 32 parle

de «constellation de participants» produite par le code-switching) où S fait partie de l'équipe chirurgicale.

4.2 Deux formats particuliers de questions: faire l'expert et être reconnu comme tel

Les échanges entre le chirurgien et S prennent régulièrement la forme d'une paire adjacente initiée par l'un posant une question à l'autre. A travers cette paire adjacente s'accomplit le positionnement entre les deux, en termes de la paire relationnelle standardisée «expert»/«expertisé» (ou «consultant»/ «consulté»).

4.2.1 Séquences initiées par D: «what do you think S»

Il existe un type de question par lequel le chirurgien s'adresse à S, le constituant comme une instance invitée à ratifier une décision à prendre. Voici une collection d'extraits documentant ce phénomène:

Extrait 4

1 D oh i think i have to transect here\ . what do you think euh . stéphane/
2 S euh . i would suggest perhaps to deflate the balloon at that
3 step/ perhaps you will GAIN more space\
4 D pe[rhaps
5 S [what do you think\
6 D yes/ . it's a good idea/

Extrait 5

1 D okay/ i think now euh (4s) the band is fixed\ what do you think
2 about that stéphane/
3 S (h) very good\ very [clear\ perfect
4 D [ok- okay i think we have to now to make
5 a (cholesystectomy) .. before to:=
6 S =oui: . ah c'est une solution

Extrait 6

1 D so . I think . about the problem of the band around the osoephasu- -gus\
2 i i think it is not a good idea\ .. euh: because: it's like eh an angle
3 sheet (prothesis) and you can have migration inside the oesophagus/ and
4 EVEN if you . lose weight/ it's probably by another mecanism a mecanism
5 of (dysphagia)\ but we will discuss about that this afternoon\ . and
6 what do you think about that euh: . euh stéphane/
7 S well i think the the presence of the balloon will show us that euh the
8 the banding is really around the stomach and not around the oesophagus\
9 . even if beHInd it IS in contact with the oesophagus

Ces questions ont un format récurrent: elles sont préfacées par une prise de position du chirurgien («i think») suivie d'une demande de confirmation adressée à S, explicitement nommé («what do you think euh . stéphane/» extr. 4, l. 1, *cf.* extr. 5, l. 1-2, extr. 6, l. 6). Une symétrie est donc organisée entre la prise en charge d'une option par D et la demande faite à S de souscrire à cette prise en charge. De cette façon est interactivement et séquentiellement accompli le caractère intersubjectif de la décision à prendre. Il est important de remarquer que cela n'intervient pas en des positions quelconques: D pose sa question à des moments clefs de la procédure chirurgicale, à des points de transition entre une phase et l'autre de l'opération, où une décision importante est en jeu (par exemple quelle disposition du champ opératoire adopter, où commencer la dissection, où et comment fixer la prothèse, etc.). Ces questions ont donc aussi une valeur structurante pour l'action en cours, qu'elles segmentent en phases et dont elles mettent ainsi en relief les points saillants.

Une variante encore plus explicite de ces formats comporte une demande d'accord:

Extrait 7 (TC11068/CRS2VER/1626)

1 D are you agree with this position/ .
2 stéphane/ . [yes/
3 S [it's quite clear/ .. and no comment from
4 the audience so they are satisfied also\

Extrait 8 (TC11069/CRS1VAD/279=299)

1 D you see here the buldge and the equator . of the buldge .
2 so this is the level . euh: of the dissection\ do you agree/
3 S i quite agree

Extrait 9 (TC11068V/STR/CRS/1646-7/B3)

1 D so i start my dissection here\ are you agree/
2 S absolutely\

Extrait 10 (TC11068V/STR/CRS/1681/B4)

1 D are you agree with this dissection/
2 S yes and you are doing . rather a i would say a small
3 opening which is in this case pretty good
4 D thank you stéphane

Extrait 11 = Extrait 3

5 R [okay so (°comme ceci°) are you agree stéphane/
6 S [maintenant c'est très bon
7 S yes/ . very [good/
8 R [so: in a man/ euh there is a lot of baxxxx [fat also

Dans tous ces cas, le chirurgien, D, demande à S de ratifier sa décision. Le format de sa demande est là encore constant: elle comporte les deux variantes «do you agree» ou «are you agree» et parfois le prénom de S. Comme la série précédente, elle permet l'établissement d'un accord collectif sur la procédure en cours et sur des moments particuliers de cette procédure. L'accord collectif reconnaît S comme compétent, l'exhibe comme une autorité en mesure d'approuver la procédure.

4.2.2 Séquences initiées par S: «D don't you think that...»

S n'a toutefois pas uniquement un rôle réactif fournissant une deuxième partie de paire affiliative aux demandes de ratification. Il est intéressant de constater qu'il utilise lui-même le verbe «think» pour initier un questionnement de ce que fait le chirurgien, cette fois de façon négative:

Extrait 12

```
 1 S  daniel/
 2 D  yes/
 3 S  don't you think the (articulator) has FOLLowed the posterior part
 4    the posterior aspect of the gastric wall/
 5 D  yeah=
 6 S  =so that you were in fact JUST in front/ [of the opening you have&
 7 D                                           [yeah
 8 S  &done/[but as the tip of the (reticulator) follows the gastric wall&
 9 D        [yeah
10 S  &so you go UP/
11 D  abs- absolutely\ it is correct\
```

Extrait 13

```
1 S  robert/
2 R  yes/
3 S  don't you think the liver retractor could be . a LIttle more to
4    the left/ so that it can help you/
5 R  yes/ yes/ yes . [maybe
6 S                  [oh it is almost [perfect like that
```

Extrait 14

```
1 S  robert/
2 R  yes
3 S  don't you think if you had catch . the gastric wall/ .  euh you would
4    not have this [euh
5 R                [yes/ . maybe yes\  i put a other one just [here to
6 S                                                           [yes sure\ .
7 R  <quoi/ ouais ((bas))>
8 S  because with the balloon inflated/ euh . the gastric walls is
9    really close to the balloon and it is impossible to hold it like that\
```

BEST COPY AVAILABLE

Ces interventions sont toutes initiées par S et sont constituées d'abord par un *summon* (Schegloff, 1986) comportant le prénom prononcé de façon interrogative, qui attire l'attention du chirurgien (dans une première paire adjacente, l. 1-2 dans tous les extraits cités ci-dessus). Ensuite, initiant une autre paire adjacente, elles comportent toutes le verbe «think» à la forme négative – une forme qui exhibe un potentiel critique, s'orientant vers le fait que ce qui est soulevé par la question n'est pas le centre de l'attention du chirugien à ce moment là, voire est une alternative que celui-ci n'a visiblement pas considérée (*cf.* les modaux «could be» l. 3, extr. 13, et l'hypothétique «if» l. 3, extr. 14). De cette façon, S «fait l'expert» (Sacks, 1992 dirait «is doing being the expert», *cf.* Mondada, 1999a) en introduisant dans le cours d'action des trajectoires possibles alternatives critiques par rapport à celle du chirurgien, face auxquelles ce dernier a à justifier ou à revoir ses propres choix.

La question de S peut ainsi avoir comme effet de souligner autant les compétences que les incompétences du chirurgien, et peuvent, en retour, le qualifier comme un expert:

Extrait 15

1	S	robert/
2	R	yes
3	S	do you sometimes introduce it by hand/ only/ . or do you use always a
4		fifteen/
5	R	yes sometimes but fff: . euh ff: . it's not very easy to do that/ i
6		have here some problems with my trocar\ . to go through/ . comment
7		ça se fait qu'il est pas armé ici . MAIS je plie les deux/ . voilà:
8		YES i do it sometimes/ euh . but euh . it can be sometimes difficult
9		to go through the the wall/ i i you i thi- i think you you have big
10		experience of that stéphane/
11	S	oh i do it systematically

Cet extrait commence comme les précédents (l. 12-14), mais a comme effet un retour de la question posée par S à R, ce qui explicite sa position d'expert, reconnue par R et visible dans le contraste entre la fréquence des techniques pratiquées par R («sometimes» l. 8) et par S («systematically», l. 11).

4.3 Enoncés collaboratifs: «doing being a co-member of the operating team»

Lorsque le code-switching est utilisé par S comme une ressource pour s'inscrire dans le même espace que l'équipe chirurgicale, il est exploité pour créer une continuité entre les activités de S et celles des chirurgiens. De la même façon, le fait de construire un énoncé collaborativement, en terminant

ou en complétant ce que le collègue est en train d'énoncer (selon une procédure de syntaxe interactive bien décrite par Sacks, 1992; Lerner, 1991; Jeanneret, 1999), peut fonctionner comme une ressource pour exhiber de l'affiliation voire de la co-appartenance entre les partenaires (*cf.* Sacks, 1992; Mondada, 1999; Antaki, Diaz & Collins, 1996).

Voici quelques extraits de telles occurrences:

Extrait 16 (p45/1837)

1 R so we are . trying to dissect QUIckly . because/
2 S ((rit)) the wave of fa[t . can come back
3 R [the waves
4 R the FAT is coming back\ .. okay\

Extrait 17 (p40)

1 S this is extremely important euh the position of the trocar are
2 NEVer euh euh
3 R i know you would like to say that you are/ . NEVer high enough
4 S exactly\
5 R in such patient

Extrait 18 (p43/V5)

1 R in fact i prefer to begin my dissection at this part\ .. so once
2 is finished/ you see here the bxxx fat/ . it's not too big . maybe
3 we can cut a little bit . what do you think about .. yes/ no/
4 S i would s:- say that if you cut/ [euh
5 R [a little bit [yeah
6 S [on the: left cross/
7 it will be [euh removed easily
8 R [a better vision of my left cross . okay\

Dans ces extraits, R et S co-produisent la description de l'action, voire de sa généralisation à des fins didactiques. De cette façon ils se projettent ensemble dans le même espace d'action et de pertinences. Il est particulièrement intéressant d'examiner la façon dont cela est accompli dans le dernier extrait (18): R doit prendre une décision concernant la dissection d'un morceau de graisse qui le gêne (l. 2) qu'il indique avec sa pince; il demande à S de prendre la décision («what do you think about .. yes/ no/» l. 3) pendant qu'il suspend momentanément son action. La réponse de S ne lui appartient pas en propre ni uniquement: elle est en effet d'abord énoncée sur un ton incertain, avec des hésitations et un hypothétique, qui tranche avec d'autres réponses d'expert; elle est ensuite relayée par R qui co-produit ainsi plusieurs de ses fragments. La co-production a un effet de symétrisation, en mettant les deux collègues (et non plus l'expert et son consulté) sur le même plan. Suite à cette co-élaboration de la décision, R commencera à disséquer la partie

indiquée. On peut dire qu'il y a là une prise de décision collective, faisant que S participe pleinement à la co-opération.

5. Interagir avec le public en tant qu'expert et chairman

S produit donc activement et de façon située son positionnement face à l'équipe avec laquelle il collabore. D'autre part, il interagit aussi avec le public, qui se trouve comme lui dans un amphithéâtre. Nous allons examiner les ressources que S exploite pour produire la spécificité et l'unicité de sa position, en soulignant l'importance des pronoms qu'il utilise (5.1) pour construire deux espaces distincts où il s'inscrit et où s'inscrit l'audience, face à laquelle il est moins un expert qu'un chairman (5.2) et pour laquelle il construit l'accès à la parole tout en ne le confondant jamais avec ses propres modes d'intervention (5.3).

5.1 Les pronoms comme ressources pour délimiter des espaces énonciatifs

5.1.1 Du chirurgien comme interlocuteur au chirurgien comme objet («you»/«he»)

S n'accompagne pas uniquement les prises de décision du chirurgien, mais prend aussi son relais en tant que commentateur de ses faits et gestes. Dans le passage de l'un à l'autre de ces positionnements, il est moins un «expert» ou un «collègue» qu'un «co-enseignant», un médiateur entre le chirurgien et l'audience, se détachant ainsi de l'espace de l'équipe qui opère. Les variations pronominales sont de ce point de vue révélatrices:

Extrait 19 (1006/p74/3989)

1 D ouais mais vous ne passez pas l'anneau/ . my problem is that
2 S tu dois ouvrir l'anneau complètement hein
3 (2s)
4 D non on passe pas\ . on passe pas il est trop . voilà tirez
5 bien/ . tirez/ O:ké\ . ça y est\
6 S you see how he is obliged to stretch . the stomach to to put
7 the banding/

Extrait 20 (1106/p14/567)

1 S you are in the leicester sack/ . ri[ght/
2 D [i think so\ .. i think so you
3 see here . now/ . . . you can see the (leicester) sack/ . so this is
4 the yellow way .. and it is enough\ okay/
5 S nice\
6 D so .. the next step/ . is the dissection . of the

7 (phreno-gastric) ligament
8 S so the posterior tunnel is done/ and . he has to find the OTher
9 end . . . on the left cross
10 (10s)
11 D oh i understand . okay . j'ai compris xxx
12 S look at the way he puts euh the liver retractor/ he use it also
13 to retract the oesophagus/ so that he will see the ankle of xxx/ .
14 small trick VERY useful

Ces deux extraits présentent l'intérêt de manifester clairement la transition d'un destinataire à un autre: S collabore avec le chirurgien D (l. 2-3, extr. 19; l. 1, extr. 20) en s'adressant à lui à la deuxième personne («you»), dans le premier cas en français et dans le deuxième en anglais; ensuite S modifie son positionnement, en se référant à ce que fait le chirurgien à la troisième personne («how he is obliged to stretch» l. 6, extr. 19; «he has to find the OTher end» l. 8-9, extr. 20) et utilisant la deuxième personne pour s'adresser au public («you see» l. 6, extr. 19; «look» l. 12, extr. 20). Ces deux extraits manifestent ainsi la mobilité de S dans l'espace interlocutif, ainsi que les activités spécifiques qu'il effectue dans chacun de ces espaces.

5.1.2 Distanciations et identifications de S vis-à-vis du public («they»/«we»)

Bien que S partage le même lieu géographique que l'audience, il produit soigneusement la distinction entre son espace énonciatif et celui du public. Il ne le fait pas uniquement en se projetant dans l'espace de l'équipe avec laquelle il collabore, mais aussi en construisant un espace qui lui est spécifique, notamment par distanciation vis-à-vis de l'audience. Il le fait notamment en s'adressant à elle à la troisième personne:

Extrait 21

S perhaps the audience has not noticed that the forceps which was holding the stomach has changed its place/ so that the stomach ROLLS progressively . and the posterior part appears more and more superficial

Extrait 22

S i don't know if the audience has noticed that to remo:ve this part of the tubing he had put the articulator in the straight position first . and not in the angle position\ okay\

Extrait 23

S so for the audience as you can see euh . doctor D is making a a channel a CHANnel where the banding is placed/ and the stomach is NOT sTRETched . on the banding/ . because if you tie too euh too tightly ((léger rire)) it will euh perhaps . euh favor migration of the banding inside the stomach\ .. so he just approximate

Extrait 24

S for the audience/ i think you have noticed how important is the role of the assistant/ . the position of euh holding the stomach is really euh mandatory

Une façon de situer l'audience dans un espace distinct consiste à la nommer explicitement et à la troisième personne, quitte à enchaîner ensuite à la deuxième (extr. 23, extr. 24). Une asymétrie est donc produite dans les modes d'adresse au chirurgien (2e personne et prénom) et au public (3e personne et catégorie: «the audience»). Cette façon de marquer explicitement le destinataire au début du tour permet d'une part de manifester le type d'activité qu'est en train d'accomplir S et d'autre part de maintenir une distance entre lui et l'audience, de façon à ne pas se confondre avec elle.

Il est toutefois intéressant de remarquer qu'il y a dans le corpus quelques (rares) occurrences d'un pronom de deuxième personne pluriel par lequel S se fond momentanément avec elle:

Extrait 25 (p49/2003)

1 S could you show us the LImit between the balloon and the central part/
2 R what do you:/
3 S could you show us . with the forceps/ . the limit . the inferior limit
4 of the balloon/
5 R yes\
6 S it's because you can FEEL it/ and we can't see it clearly
7 R yes yes just one second . i put euh i put my . HOOck/ . fine\ oui c'est
8 parfait\ . so that's the limit of my ballo[on\
9 S [okay

Extrait 26 (p66-7/2693)

1 D okay/ la: . la vue endoscopique/ . vous avez une bonne image/
2 S très bonne
3 (6s)
4 D t'es sûr là/
5 (2s)
6 S attends nous autres on a pas de vue interne là pour le moment
7 D c'est exact\ on peut pas utiliser la: la même optique que celle:
8 de toute à l'heure/

Extrait 27 (p15/600)

1 S daniel/
2 D yes/
3 S could you show us the FIrst short gastric vessel/ [so that the&
4 D [yes
5 S &audience [can . imagine/
6 D [yes yes .. i create the window . here/ and the first
7 short vessels is here\ .. you see/

8 S so it is as high as possible/. [right/
9 D [yes as high as possible and this is
10 the left cross

Ce qui rend possible l'utilisation de la première personne plurielle est une relation spécifique à l'image, propre à l'ancrage local des participants: dans le premier cas, cette image est insuffisante par rapport à un phénomène qui requiert une perception non seulement visuelle mais aussi tactile – accessible uniquement au chirurgien qui manipule les instruments –, dans le second cas, l'image est indisponible à cause de problèmes de régie et de transmission. Cette relation à l'image construit la spécificité de la localisation en salle d'opération, et son accès privilégié aux phénomènes sur lesquels se focalise l'attention commune. Dans le troisième cas aussi, S demande au chirurgien de rendre accessible visuellement un vaisseau, cette visibilité étant accomplie par un mouvement de la caméra dans l'espace anatomique; toutefois S se distancie du reste des présents en adoptant immédiatement après la troisième personne («so that the audience can . imagine/» l. 3, 5), qui lui permet aussi de situer dans cette autre sphère l'activité cognitive attribuée en propre à cette audience.

De cette façon, S accomplit activement et systématiquement l'inscription de lui-même et du public dans des espaces distincts. Cette distinction est accomplie par le jeu des pronoms, ainsi que par la façon dont les droits et obligations relatifs aux prises de parole sont distribués. C'est la dernière dimension que nous soulignerons dans notre analyse.

5.2 L'organisation de différentes façons d'intervenir

Le travail de différenciation des espaces d'action et de participation effectué par les différents interlocuteurs, accomplissant l'intelligibilité des différentes actions en train de se faire dans une situation aussi complexe que celle-ci, entraîne des asymétries quant aux modes d'accessibilité à la parole.

Les extraits que nous avons cités jusqu'ici permettent de caractériser la position de S comme une position de «proximité» par rapport à l'espace de l'action chirurgicale: par cette caractérisation nous renvoyons au fait que l'expert peut intervenir avec un ton de voix aussi fort et aussi ferme que le chirurgien, ou bien aussi bas et aussi murmuré que lui quand il définit un espace interne à la salle d'opération, qu'il peut s'intégrer sans problèmes de coordination ou de retard dans un échange dans la salle d'opération – ce que suppose qu'il garde son micro ouvert –, qu'il produit notamment des acquiescements et des rires marquant son affiliation à l'action en cours.

En revanche, les interventions du public sont marquées par de nombreuses difficultés de prise de parole, ainsi que l'atteste cet extrait:

Extrait 28

```
1 R  SO/ . well/ let's start . écarteur de foie . parfait . [xxxx . °non
2    celui-ci c'est xxx oui . réducteur . non il faut pas de réducteur xxx°
3 S                                                    [okay no question
4    about that/ ..  position/ .  pressure/ . size of  the trocar/
5    [everything is clear
6 R  [so we're going to put away a little bit the fat
7 A  what is the size of the first tro[car/ . what size is the first trocar/
8 R                                  [°xxxx xxxx xxx° ((à la salle d'op))
9 S  euh robert/
10 R yes/
11 S a question from the audience/ what size is the FIrst trocar/ could
12   you euh [remind us
13 R         [the first trocar/ .. so the first trocar here is so a a
14   ten milimeter trocar for my optical system/ . this is a five milimeter
15   trocar/ . euh i put here my my . my hook here/ ((continue))
```

Il existe des positions séquentielles particulières où les questions sont prévues par S: ici par exemple il s'agit d'un moment de transition entre la préparation du champ opératoire et le début de l'opération proprement dite. S crée ainsi une place aménagée pour une intervention du public, qui facilite son travail d'identification des lieux séquentiels où il est adéquat de prendre la parole. Reste que même dans ce cas les membres du public ont le problème de savoir quand prendre exactement la parole: A intervient après que R ait déjà repris la parole, en chevauchant partiellement l'espace aménagé par S pour le public (lui-même initié en chevauchement avec R, l.3), et donc lorsque la prochaine action prévue est déjà entamée (l. 6). C'est ainsi que sa question n'est pas entendue par R, aux prises avec son équipe (l. 8). C'est S qui attire son attention (l. 9) – avec le même *attention getting device* que dans ses interactions avec le chirurgien, en l'appelant par son prénom - et qui, l'ayant obtenue, ne repasse pas la parole à A mais pose lui-même la question, en indiquant clairement que l'audience en est l'énonciateur sinon le locuteur. S fonctionne ici non plus comme expert mais comme porte-parole de l'audience.

Extrait 29

```
1 R  okay\
2 A  °°excuse-me°°
3 R  so/ external vie[w/ so i put some landmarks you see here there is a &
4 L                  [yes/ a que- a question in the xxx
5 R  &xxx x[xx xyphoid appendix
6 L        [no\ push on the button mic
7 R  yes/
8 A  euh . pardon me is the patient in a xxxxal position/ . with the
9    defixxxx legs .  or the legs are standed
```

10 R i i i don't didn't hear hear [the question
11 L [comment euh sont posées les les jambes/
12 est-ce qu'[il y a une flexion des jambes ou est-ce qu'elles sont&
13 S [est-ce qu'elles sont droites/ ou pas
14 L &droites/ en extension/ [ecartées/
15 R [yes the legs in fact are in extension here/ but
16 you can put them in flexion there is no problem/

Ce deuxième extrait montre, comme le précédent, la difficulté de l'auditeur à prendre la parole. La question de l'accès au *floor* – y compris dans ses détails techniques (il faut appuyer sur un bouton pour allumer le micro) – est encore une fois thématisée et médiatisée par L, un chairman-expert qui fonctionne en parallèle avec S. Cette fois, contrairement à l'extrait précédent, l'auditeur pose lui-même sa question; toutefois là encore il y a une difficulté de communication (l. 10) et S et L interviennent pour reformuler collaborativement la question pour R (l. 11-14).

Ces deux extraits montrent ainsi que les auditeurs n'arrivent pas à s'auto-sélectionner du premier coup, devant recourir à la médiation du chairman. Les tours des auditeurs, médiés ou non, sont de durée limitée, assez brève, et de forme circonscrite, ne se prolongeant pas dans des tours successifs. De même, les auditeurs ne reprennent que rarement la parole après que le chirurgien leur ait répondu, sauf éventuellement pour remercier. De cette façon, par l'intervention à la fois facilitante et médiatisante du chairman, et par les problèmes techniques, l'accès au *floor* des auditeurs est de fait limité. S ou L, devenu ici chairman, intervient ainsi dans la configuration de cet espace de participation, maintenant activement sa spécificité. Les difficultés, les contraintes, les barrières techniques sont autant de ressources contribuant à configurer cet espace participatif particulier.

6. Conclusion

Par une série de ressources à la fois langagières et interactionnelles, S produit une position unique et mobile qui lui est spécifique. Selon les activités en cours, il peut ainsi se présenter comme un «expert» qui conseille le chirurgien sur l'action en cours, comme un «collègue» qui collabore à l'opération, comme un «co-enseignant» qui relaie le discours didactique du chirurgien, comme un «chairman» qui modère et module la parole du public. Sa mobilité est intéressante en ce qu'elle montre la variété des positionnements énonciatifs dans l'interaction, qui vont de pair avec des façons de (se) catégoriser en relation avec les activités en cours et avec les façons de participer de l'ensemble des interlocuteurs.

Cette variabilité des positions permet de réfléchir plus généralement à l'organisation de situations professionnelles où il s'agit de définir le rôle de l'expert: l'expertise relève moins de compétences individuelles inscrites dans une personne et se manifestant à travers son discours, que de l'organisation des modes de participation permettant l'émergence située d'apports identifiés et reconnus comme experts par les interlocuteurs. Ceci permet d'envisager une analyse de la constitution située de l'expertise et ses effets sur l'action en cours, ses trajectoires et ses décisions marquantes.

Par ailleurs ces questions prennent place dans une réflexion plus générale sur le travail collaboratif, ses conditions de possibilité et les formes interactionnelles diverses auxquelles il peut donner lieu. L'approche que nous avons proposée revisite la notion de participation par une analyse à la fois énonciative, séquentielle et catégorielle. Elle montre comment s'accomplit un dispositif mobile, plastique, adaptatif, où l'espace de l'action et de la parole est découpé et redécoupé par les actions et les prises de parole des participants à toutes fins pratiques, produisant des groupes, des cohortes, des fronts qui rendent pertinents différentes catégories d'appartenance et différentes façons de parler.

Conventions de transcription

[	chevauchements	. .. ...	pauses
(2 s)	pauses en secondes	xxx	segment inaudible
/ \	intonation montante/ descendante\	exTRA	segment accentué
((rire))	phénomènes non transcrits	:	allongement vocalique
< >	délimitation des phénomènes entre (( ))	par-	troncation
&	continuation du tour de parole	=	enchaînement rapide
^	liaison	(h)	aspiration
(il va)	essai de transcription	°bon°	murmuré

BIBLIOGRAPHIE

Aanestad, M., & Hanseth, O. (2000). Implementing open network technologies in complex work practices: A case from telemedicine. In *Organizational and social perspectives on information technology*. (pp. 355-369). Dordrecht: Kluwer.

Antaki, C., Díaz, F., & Collins, A. F. (1996). Keeping your footing: Conversational sentence-completion in three-part sequences. *Journal of Pragmatics*, *25*, 151-171.

Atkinson, P. (1995). *Medical Talk and Medical Work*. London: Sage.

Auer, J. C. P. (1984). *Bilingual Conversation*. Amsterdam: Benjamins.

Berg, M. (1997). *Rationalizing Medical Work. Decision-Support Techniques and Medical Practices*. Cambridge: MIT Press.

Cicourel, A. (1994). La connaissance distribuée dans le diagnostic médical. *Sociologie du travail, 36(4)*, 427-449.

Cicourel, A. V. (1990). The integration of distributed knowledge in collaborative medical diagnosis. In J. Galegher, R. E. Kraut & C. Egido (Eds.), *Intellectual Teamwork. Social and Intellectual Foundations of Cooperative Work*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum.

Fox, N. J. (1992). *The Social Meaning of Surgery*. Milton Keynes: Open University Press.

Goffman, E. (1981). *Footing. In Forms of Talk*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

— (1967). The operating room: A study of role distance. In D. H. Wrong & H. L. Gracey (Eds.), *Readings in Introductory Sociology*. (pp. 117-127). New York: Macmillan.

Goodwin, C. (1981). *Conversational Organization: Interaction Between Speakers and Hearers*. New York: Academic Press.

— (1986). Between and within: alternative treatments of continuers and assessments. *Human Studies, 9*, 205-217.

— (1987). Forgetfulness as an interactive resource. *Social Psychology Quarterly, 50-2*, 115-130.

Goodwin, M. H. (1990). *He-Said-She-Said: Talk as Social Organization among Black Children*. Bloomington: Indiana University Press.

— (1993). Tactical uses of stories: participation frameworks within girls' and boys' disputes. In D. Tannen (Ed.), *Gender and Conversational Interaction*. New York: Oxford University Press.

Goodwin, M. H., & Goodwin, C. (1986). Gesture and coparticipation in the activity of searching for a word. *Semiotica, 62(1-2)*, 51-75.

Grommes, P., & Dietrich, R. (à paraître). Coherence in OR team and cockpit communication. A psycholinguistic contribution to applied linguistics. In *Proceedings of the Georgetown University Roud Table, Linguistics, Language and the Professions: Education, Journalism, Law, Medecine and Technology*. Washington: Georgetown University Press.

Grosjean, M., & Lacoste, M. (1999). *Communication et intelligence collective. Le travail à l'hôpital*. Paris: PUF.

Heath, C. (1986). *Body Movement and Speech in Medical Interaction*. Cambridge: Cambridge University Press.

Heath, C., & Luff, P. (2000). *Technology in action*. Cambridge: Cambridge Univeresity Press.

Jeanneret, T. (1999). *La coénonciation en français. Approches discursive, conversationnelle et syntaxique*. Bern: Lang.

Katz, P. (1981). Ritual in the operating room. *Ethnology, 20*, 335-350.

Lerner, G. H. (1991). On the syntax of sentence-in-progress. *Language in Society, 20*, 441-458.

Mondada, L. (1999a). L'accomplissement de l'«étrangéité» dans et par l'interaction: procédures de catégorisation des locuteurs. *Langages, 134*, 20-34.

— (1999b). L'organisation séquentielle des ressources linguistiques dans l'élaboration collective des descriptions. *Langage et société, 89*, 9-36.

— (à paraître a). Processi di categorizzazione e organizzazione sequenziale. A proposito di un'interazione professionale tramite videoconferenza. In G. Klein & I. Paoletti (Eds.), *IN & OUT. Procedure conversazionali e strategie di inclusione e di esclusione*. Napoli: Edizioni Scientifiche Italiane.

— (à paraître b). Opérer collectivement à distance: Les enjeux interactionnels de la diffusion d'une opération chirurgichale par visioconférence, *Sciences Sociales et Santé*.

— (à paraître c). Operating together through videoconference: members' procedures accomplishing a common space of action, Proceedings of the IIEMCA Conference «Orders of ordinary action» – Manchester, 9-11.7.2001.

BEST COPY AVAILABLE

— (à paraître d). Agir et décrire l'action dans une situation de téléenseignement en chirurgie laparoscopique, *Raisons pratiques*, no spécial «Connaissances, dispositions, habitudes», dirigé par A. Ogien et L. Quéré.

Moreira, T. (ici-même). Involvement and Constraint in a Surgical Consultation Room.

Peneff, J. (1997). Le travail du chirurgien: les opérations à coeur ouvert. *Sociologie du travail, 39(3)*, 265-296.

Pilnick, A., & Hindmarsh, J. (1999). «When you wake up it'll be over»: Communication in the anaesthetic room. *Symbolic Interaction, 22(4)*, 345-360.

Relieu, M. (1994). Les catégories dans l'action. L'apprentissage des traversées de rue par des non-voyants. *Raisons pratiques, 5*, 185-218.

Sacks, H. (1972). An Initial Investigation of the Usability of Conversational Materials for Doing Sociology. In D. Sudnow (Ed.), *Studies in Social Interaction*. (pp. 31-74). New York: Free Press.

— (1992). *Lectures on Conversation*. 2 vol. London: Blackwell.

Sacks, H., & Schegloff, E. A. (1979). Two Preferences in the Organization of Reference to Persons and Their Interaction. In G. Psathas (Ed.), *Everyday Language: Studies in Ethnomethodology*. (pp. 15-21). New York: Irvington Publishers.

Schegloff, E. A. (1986). The routine as achievement. *Human Studies, 9*, 111-151.

De la parole plurielle au polylogue effectif. Les relèves inter-équipes à l'hôpital[1]

Michèle GROSJEAN
Université Lyon 2, Institut de Psychologie, GRIC UMR CNRS 5612,
campus de Porte des Alpes, CP 11, F-69676 Bron cedex;
grosjean@univ-lyon2.fr

The analysis of multi-participant talk in workplace settings raises questions which are linked to the intricate connections between talk and working activity. The actions and transactions, objects and cognitive artefacts, status, functions and social rules that organize activity in the workplaces play a key role in the structuring of this multi-participant talk. Based on data from meetings between the leaving shift and the in-coming shift, collected from three French hospital wards, the article compares different types of structuring in multi-participant talk, switching from basic participation structure (symetrical dilogue between leaving nurse and in-coming nurse, or between a leaving 'party' and an in-coming 'party') to a genuine polylogue which occurs at specific moments. We attempt to determine what triggers such a phenomenon. By way of conclusion, the resulting comparative study allows us to emphasize not only the role of local norms (talk and activity organization, use of cognitive artefacts), but also the role of professional status and production format in constructing participation frameworks during shift changeovers.

Keywords: polylogue, réunions, hôpital, cognition située, cadre participatif.

Introduction

L'abord des situations de polylogue pose des questions théoriques nouvelles à l'analyse conversationnelle et notamment au cadre traditionnel de la communication en face-à-face, à la notion de tour de parole, au découpage même de l'interaction (Perin & Gensollen, 1992; Plantin, 1996; Cabasino 1998; Traverso, 1997; Grosjean & Traverso, 1998). Les réflexions fondatrices de Goffman sur les cadres participatifs dans «Forms of Talks» (1981, trad.fce 1987) ont à cet égard ouvert la voie à l'étude de situations de parole diversifiées dans lesquelles la conversation n'est plus la seule référence. Les situations de travail notamment, dans lesquelles «la transaction matérielle forme le contexte signifiant en même temps que l'unité d'analyse pertinente (et où) les paroles que peut prononcer l'un des participants ou les deux, constituent une partie intégrante d'une entreprise mutuellement coordonnée, et non d'une conversation» (Goffman, 1987, p. 151) constituent désormais un domaine d'étude à part entière pour l'étude des interactions verbales.

---

1 Une version anglaise de cet article a été soumise à *Journal of Pragmatics*.

Bulletin suisse de linguistique appliquée
No 74, 2001, 57-81 • ISSN 1023-2044

© 2001 Institut de linguistique
Université de Neuchâtel

C'est précisément dans le cadre d'une situation de travail hospitalière que nous avons étudié les réunions de relève qui se produisent trois fois par jour entre les équipes partantes et les équipes arrivantes[2]. Le corpus a été recueilli dans trois services de trois Centres Hospitalo-Universitaires, un service de médecine gastro-entérologique, un service de chirurgie digestive, un service de pédiatrie à l'occasion d'une recherche plus générale sur les communications à l'hôpital (Grosjean & Lacoste, 1999).

Après avoir défini le cadre théorique auquel nous nous référons pour cette étude: analyse conversationnelle, cognition située et distribuée, théorie de l'activité, nous étudierons les éléments contextuels qui cadrent cette pratique de parole spécifique qu'est la relève infirmière. Puis nous nous intéresserons à la manière dont se font les glissements d'une structure de parole plurielle à un polylogue effectif et inversement. Quels en sont les déclencheurs, comment se font les mouvements et selon quelles sont les formes?

Nous tenterons en conclusion d'établir des liens entre ces formes de la parole plurielle et les cadres sociaux dans lesquels elles se manifestent: normes et règles, statuts et rôles. Nous soulignerons à cet égard les liens étroits entre cadre participatif et format de production (Goffman, 1981), mais aussi la solidarité entre les formes de la parole plurielle et l'usage des objets, des artefacts cognitifs et des lieux.

I. La parole en milieu de travail: aspects théoriques et méthodologiques

Parole et activité

De nombreux travaux issus des Workplaces Studies en Angleterre (Heath & Luff, 1994) et aux Etats-Unis (Goodwin & Goodwin, 1997; Suchman, 1996) de l'anthropologie cognitive (Hutchins, 1994), ainsi que ceux menés par le groupe «Langage et Travail» en France (Borzeix & Fraenkel, 2001), ont mis l'accent ces dernières années sur l'intrication entre langagier et non langagier dans la parole en situation de travail (Boutet, Gardin, Lacoste, 1995). Comme le remarque Goodwin, «parole et activité se structurent mutuellement l'un l'autre d'une façon qui impose de repenser quelques-uns des cadres de base pour l'analyse des interactions humaines» (cité par Streeck, 1996, p. 365).

---

2 Les équipes qui font la relève sont constituées d'infirmières et d'auxiliaires: aides soignantes en service de chirurgie et de médecine, auxiliaires de puériculture en pédiatrie. La surveillante infirmière est parfois présente.

Comprendre un échange suppose alors, non seulement de prendre en compte les éléments non verbaux qui l'accompagnent et le bordent comme dans toute interaction, mais aussi de considérer les transactions et les actions auxquelles il est intimement lié par le biais de l'activité du locuteur. C'est ce déplacement du langage vers l'activité auquel conduit effectivement l'étude des échanges verbaux dans les situations de travail.

L'interrogation sur l'activité est au coeur des théories et pratiques de l'ergonomie et de certaines réflexions dans le domaine de la psychologie et de la sociologie. Pour le psychologue Vygotski (1985), l'activité est définie comme unité d'analyse intégrant à la fois les caractéristiques interactives (les échanges) et les caractéristiques individuelles des conduites (notamment perceptives, manuelles et cognitives). Il y a unité de la perception, du discours et de l'action au sein même de l'activité. Analyser des échanges en situation de travail suppose donc, dans cette perspective, de les considérer en relation avec les autres éléments de l'activité et notamment les actions physiques sur le monde, les prises d'information qui sont étroitement liées à la situation.

Parole au travail, situation et objets de l'action

Dans le prolongement des perspectives ethnométhodologiques, le courant dit de l'«action située» (Suchman, 1996) s'intéresse, à la suite de Kendon (1990) et de Lave (1988), à la manière dont les territoires situationnels spécifiques déterminés par les postes de travail structurent la perception et la conscience des problèmes, et dont la relation entre les personnes, les sites et les activités joue sur les modes d'activité, de coopération. Par ailleurs, la prise en compte d'un type d'objet spécifique, les «artefacts cognitifs» (Norman, 1993), a conduit l'anthropologie cognitive à s'intéresser à la distribution de la cognition entre des hommes, des objets, des machines (Hutchins, 1994). De son côté, la sociologie française (Conein & Jacopin, 1993), et notamment la sociologie des sciences avec Callon (1988) et Latour (1989) avait mis l'accent sur le rôle des objets dans l'action et sur la solidarité dans l'action des objets et des hommes en développant la notion de réseau d'actants humains et non-humains.

Ce mouvement de prise en compte de plus en plus large de la situation qui lie cognition, action et communications au monde des objets, poursuit le mouvement engagé par Goffman: dans ce mouvement, la parole perd son statut privilégié; elle doit être intégrée, pour être comprise, au sein de l'enchaînement des actions et gestes du travail, des comportements non verbaux de

recueil d'information, de coordination, qui constituent l'activité. On considère aussi de plus près les liens entre écrit (papier ou informatique) et oral (Grosjean & Lacoste, 1998).

Ces perspectives théoriques ont des implications méthodologiques importantes: elles imposent de prendre en compte à la fois l'activité dans laquelle la situation de parole est prise, le cadre écologique et les divers objets de l'action. Ceci supposerait de disposer d'enregistrements vidéos pour observer dans le détail cette intrication des comportements verbaux, non verbaux et des actions: prise d'information, utilisation des artefacts, actions matérielles sur l'environnement. Lorsque ce n'est pas possible, cela impose au moins de procéder à des observations systématiques sur l'activité, l'usage des objets en relation avec le déroulement des échanges enregistrés.

II. La parole plurielle

L'analyse conversationnelle a largement balisé le terrain en ce qui concerne le face-à-face conversationnel. L'abord de situations de parole plus collectives et en milieu de travail pose d'autres problèmes aux analystes. Nous en avons nous-mêmes soulignés certains aspects précédemment (Grosjean & Traverso, 1998).

Cadre participatif et format de production

Bien que la possibilité d'éclatement de l'interaction soit maintes fois mentionnée par les tenants de l'analyse conversationnelle, leurs analyses portent généralement sur une interaction [*talk-in-interaction*] homogène et focalisée, dans laquelle se distinguent assez nettement un locuteur auquel peuvent être affiliés différents autres participants ratifiés, constituant ainsi une «partie» (Schegloff 1995) et des auditeurs (individus ou parties).

De façon tout à fait différente, chez Goffman (1981), c'est par l'éclatement de la représentation de l'interaction focalisée entre un émetteur et un récepteur que le polylogue est traité à travers la notion de cadre participatif défini comme «l'ensemble des individus qui ont accès à un événement de communication donné». Cette conception large conduit vers la notion de *situation globale* dans laquelle tous les individus réunis ont un statut participatif par rapport à un événement communicatif donné. Ainsi Goffman distingue les participants ratifiés parmi lesquels il distingue les auditeurs désignés (*adressed*) et les auditeurs non désignés (*non adressed*), et l'ensemble des tiers qui peuvent être plus ou moins autorisés: ceux qui épient

(*eavesdropper*) et ceux qui surprennent (*overhearer*) (1981). Ces propositions ont fait l'objet de différentes discussions, qui conduisent à introduire plus systématiquement une prise en compte de la *gradualité*: on peut ainsi parler de «degré de ratification», de «degré d'adresse» et de «degré de légitimité d'auditeur (nécessaire pour différencier les divers types de *overhearer*)» (Traverso, 1997). Les discussions de Clark & Schaeffer (1992) proposent quant à elles de distinguer le statut participatif attribué par le locuteur aux membres de son format de réception et celui que ces individus manifestent eux-mêmes, les deux ne coïncidant pas toujours.

L'éclatement de la notion de «destinataire» s'accompagne chez Goffman de celle de la notion de «locuteur» qui devient le «format de production». Cette conception permet de rendre compte de la profondeur énonciative des interactions. Chaque participant peut en effet occuper plusieurs «positions», à partir desquelles il peut parler («parler en tant que») et être désigné («il est désigné en tant qu'il est...»). Les changements de position énonciative (*footing*) sont incessants au cours des polylogues et chacun d'eux modifie aussi et en même temps le cadre participatif.

Etat de parole ouvert et focalisation

Goffman (1981) notait deux caractéristiques distinguant la conversation de la parole en milieu de travail: le caractère subordonné de l'échange par rapport à l'activité, et le caractère «ouvert» de l'état de parole en ce que «les participants ont le droit mais non l'obligation de se lancer soudain dans un bref échange, puis de retomber dans le silence et cela sans le moindre marquage rituel visible comme s'ils ne faisaient qu'ajouter un nouvel échange à une conversation chroniquement en cours» (p. 144). La définition des «cadres participatifs» n'y est pas prédéterminée et elle varie en fonction de l'évènement. Dans ces audiences dispersées chacun peut-être témoin de communications qui ne lui sont pas destinées, et inversement doit parfois être alerté pour mobiliser son attention sur un évènement, une communication qui le concerne ce qui donne lieu à une focalisation locale. La focalisation est définie par Goffman comme la «concentration unique de l'attention intellectuelle et visuelle officiellement admise, concentration que tous les participants à part entière contribuent à maintenir» (Goffman, 1974, p. 117). C'est par rapport à cette focalisation que l'on distingue les individus qui participent à la rencontre – et qui se trouvent par conséquent «dans l'obligation de maintenir une certaine absorption dans ce qui se dit» (Goffman, 1987, p. 140), de ceux qui, se trouvant «à portée visuelle et auditive» de cette rencontre, y ont simple-

ment accès, sans être pour autant des «tiers». Cette situation d'entre-deux est très fréquente dans les contextes de travail collectif (Joseph, 1994; Léglise 1998). On a alors des «configurations fluctuantes», comme le dit Léglise, dépendant étroitement du déroulement temporel de l'interaction, des actions en cours et des participants engagés dans l'interaction.

Toutefois cet état de parole ouvert n'est pas toujours la règle dans les milieux de travail. La tenue de réunions organisées suppose, par définition même – une focalisation collective forte des participants qui est prescrite par la situation – des finalités précises supposant des thématiques autorisées et validées: c'est le cas de certaines des réunions de travail que nous allons étudier ici. Mais même dans ce cadre, la focalisation n'est pas toujours effective, les participants étant plus ou moins engagés dans la situation de parole plurielle du fait du nombre de participants, de leurs fonctions diverses et de l'intrication entre différents types d'activité. De plus les finalités et thématiques prescrites peuvent être respectées de façon variable.

Enfin la focalisation en un temps (t_1) peut être suivie en un temps (t_2) de scissions du cadre participatif, de polyfocalisations diverses à partir desquelles la focalisation collective reprendra (Grosjean & Traverso, 1998). Nous nous intéressons ici aux variations du schéma de participation le long d'un continuum et entre deux types caractérisés – parole plurielle en co-présence dans un état de parole ouvert – polylogue effectif et focalisé où les participants sont engagés collectivement dans un échange. Entre ces deux pôles de la parole plurielle, on peut repérer, sur un fond d'état de parole ouvert, des focalisations locales, partielles et sur un fond de parole focalisée, l'éclatement de la focalisation par scission ou polyfocalisation. Nous tenterons de décrire les modalités selon lesquelles on passe d'un état à un autre, et d'analyser les déclencheurs de ces passages.

Les indicateurs des cadres participatifs et de la focalisation de l'attention

Ceci suppose de disposer d'indicateurs de ce cadre participatif: non seulement qui est adressé mais aussi qui est témoin de quoi, qui entend quoi, qui est «présent», qui est désengagé? Les termes d'adresse sont essentiels; mais aussi, comme le note Goffman, la direction des regards, l'orientation du buste, la hauteur de la voix sont à prendre en compte. Pour déterminer l'engagement des participants et la focalisation, les prises de parole sont naturellement centrales. Mais ce n'est pas suffisant, les participants pouvant être engagés dans une écoute active sans pour autant prendre la parole: les

positions respectives des participants, les regards des auditeurs sur le parleur, l'orientation de leur corps, leurs activités vont alors permettre d'avoir des indices sur la focalisation de leur attention[3].

III. Les réunions de relève à l'hôpital, cadres et contextes

A l'hôpital, les équipes se succèdent et doivent se transmettre l'information et les instructions concernant les malades, afin d'assurer la continuité des soins. C'est la fonction des réunions de relève organisées trois fois par jour entre les équipes partantes et les équipes arrivantes.

Un déroulement ordonné et systématique

Contrairement à la Réunion du Conseil Municipal étudiée par Wittko-Comeau (2000), la relève infirmière ne présente pas les mêmes caractéristiques formelles: elle a lieu de manière régulière trois fois par jour aux mêmes heures, mais elle n'est pas présidée. C'est l'infirmière partante qui en dirige le déroulement. Elle ne se déroule pas dans un lieu spécifique: on utilise le poste de travail des infirmières dans lequel elles préparent habituellement leurs soins, par ailleurs lieu de passage et d'information pour tous les personnels et parfois les malades ou les familles. Bien que prescrite par le fonctionnement de l'hôpital, elle ne répond pas à une procédure réglementaire proprement dite: il y a toutefois une obligation centrale, passer en revue tous les malades selon un ordre constant qui est déterminé par une liste des malades affichée ou selon l'ordre des chambres. Cette contrainte séquentielle prémunit contre l'oubli.

En fonction des services, nous allons le voir plus loin, les relèves concernent tantôt les seules infirmières, tantôt davantage de personnel, mais elles présentent toutes trois un script minimum commun. C'est toujours la participation infirmière qui l'institue et c'est autour de l'échange à propos des patients entre infirmières partantes et infirmières arrivantes que se focalise la rencontre. La relève est donc une réunion prévue, régulière et dont le déroule-

---

3 Ainsi la prise en compte de l'activité tout autant que celle des cadres participatifs imposerait de disposer de données vidéos. Pour notre étude à l'hôpital, étant donné la taille des groupes lors des réunions, l'exiguïté des salles, nous n'avons pu filmer mais les enregistrements sonores ont été systématiquement accompagnés de prise de notes détaillées sur la position des participants dans la salle, leur activités annexes, leur engagement physique ou désengagement Voir à cet égard la méthodologie que nous avons utilisée pour l'étude des relèves (Grosjean & Lacoste, 1999, p.216).

ment est éminemment prévisible et systématique. La prévisibilité est également retrouvée en ce qui concerne la thématique: les thèmes abordés sont en lien étroit avec la pathologie et les soins aux malades. Il est rare que d'autres thèmes émergent – discussion sur des faits d'organisation, questions de planning, commentaires sur les médecins ou d'autres membres du personnel – sauf lorsqu'ils ont à voir directement avec les soins.

Cette activité de transmission orale est doublée de transmissions écrites. Avant la relève orale l'infirmière partante note sur le dossier de soins, les observations et soins effectués par elle durant son service. Par ailleurs d'autres artefacts écrits peuvent être utilisés (planification murale des soins, fichiers de planification, tableau noir); on les réactualise avant la relève orale. Ces écrits portés par divers supports servent de référence durant la relève de différentes façons, nous le verrons plus loin.

Des règles de participation et de formalité différentes

Si la logique de déroulement est partout la même, on note des fortes particularités en fonction des services dans l'investissement des lieux, la dramaturgie, le rapport aux écrits, la structuration du discours, l'organisation des thématiques. Nous en avons rendu compte par ailleurs (Grosjean & Lacoste, 1999). Nous nous arrêterons ici essentiellement sur les différences concernant la participation, la composition du groupe et la protection de la réunion par rapport aux autres activités, car ces deux éléments ont des implications importantes sur les formes des polylogues étudiés.

On peut relever deux tendances opposées qui sont caractérisées dans le schéma 1. L'une est représentée par le *service de médecine gastro-entérologique (M)* (schéma 1 b). La salle de soins où a lieu la relève reste, comme elle l'est habituellement, un site multi-activités où chacun vaque à ses occupations durant la période de relève. Le degré de formalité est faible, on peut interrompre l'échange de relève qui se déroule sans cérémonie. Les participants présents dans la salle ne sont pas tenus de se joindre à cet échange, mais ils peuvent le faire à leur gré. On peut donc y voir tantôt les seules infirmières arrivantes et partantes, tantôt un petit groupe de quatre à cinq personnes dont le degré d'engagement est variable et n'est pas requis durant toute la durée de la relève. Le dossier de soins portant les informations concernant chaque malade a été rempli par l'infirmière partante avant la relève orale; il est consulté préalablement par l'infirmière arrivante qui a noté parfois sur un petit papier les questions qu'elle a à poser.

L'aspect rituel est beaucoup plus fort dans *les services de chirurgie (C) et pédiatrie (P)*: la participation collective y est systématique, tous les aides-soignant(e)s et infirmier(e)s présents dans le service (et parfois d'autres personnels) sont appelés à participer à cette réunion et ne peuvent la quitter avant la fin. On peut y voir jusqu'à une dizaine de personnes. L'échange ne débute que lorsque le dossier de soins est rempli par l'infirmière partante et que tout le monde est là; on bat le rappel avant de démarrer, on installe la salle de façon spécifique en mettant des chaises en cercle. Quand on démarre, la porte est fermée, et l'échange est protégé des interruptions liées à l'activité, une personne se chargeant spécifiquement des soins courants et répondant au téléphone. Ainsi est assurée la tranquillité de la réunion et la focalisation sur le travail de relève proprement dit. Le site devient alors mono-activité, les activités habituelles de soins, sauf urgence vitale, sont alors interrompues. Les participants sont installés de façon circulaire autour d'une table généralement, les aide-soignantes sont souvent en deuxième ligne ou placées latéralement; les infirmières sont au centre ou en première ligne, et infirmière partante et arrivante se font très souvent face.

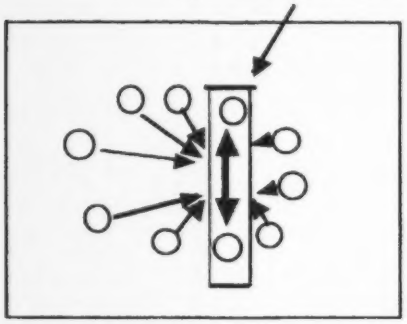
IV. Les cadres participatifs de la relève

Ces différences ont des effets sur la constitution des cadres participatifs et des structures de polylogue (voir schéma 1).

Schéma 1

a) Site dédié à la relève «mono-activité»

Cadre participatif dominant
Inf partante/ inf arrivante

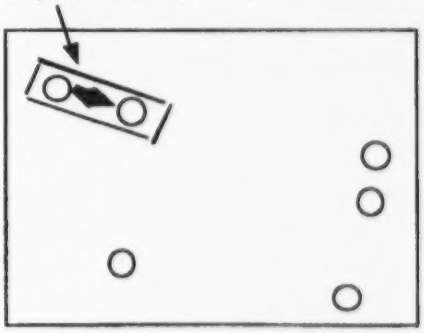


Etat de parole focalisé

Participants en nombre fixe
Statuts de participation fixes
Thématique unique: le tour des patients

b) Site «pluri-activité»

Cadre participatif dominant
Inf partante/ inf arrivante



Etat de parole ouvert

Participants en nombre variable
Statuts de participation variables
Thématiques irruptives liées aux activités concurrentes

Un dilogue à auditoire collectif

Malgré ces différences, la structure minimum de l'échange est commune, à savoir celle d'un dilogue à auditoire collectif. Le format de réception est théoriquement collectif puisque chacun se doit d'avoir les informations concernant les malades; le schéma d'interlocution de type dilogal s'établit entre l'infirmière partante (I1) et l'infirmière arrivante (I2). Elles sont tournées l'une vers l'autre, elles se regardent. L'infirmière partante a l'initiative et apporte les informations, instructions et évaluations concernant chaque malade à l'infirmière arrivante (I2). Cette dernière se manifeste essentiellement par des interventions réactives sous la forme la plus simple qui est l'approbation (extrait 1), ou le plus souvent sous forme de demande d'éclaircissement (extrait 2).

Extrait 1: Service médecine

1. I1: alors Mlle Léaud au 1 donc il faut arrêter\ la déperfuser à 18h\ donc on arrête la réa les antibiotiques\ et elle peut manger sans sel\ légen\ sans résidus ce soir
2. I2: oui
3. I1: et elle a ses médicaments y compris le Solupred pour demain matin\ le lavement à lui donner en passant ce soir ou à 18h quand tu la déperfuses hein/
4. I2: oui
5. I1: elle est bien

Dans ce service de médecine où les dossiers de soins ont été lus par l'infirmière arrivante avant la relève orale, de nombreux passages des relèves orales consistent en commentaires, demandes d'éclaircissement, discussions à propos des transmissions écrites: l'infirmière arrivante a le dossier devant les yeux, on voit dans l'exemple suivant qu'elle recherche elle-même dans le dossier.

Extrait 2: Service médecine

1. I1: Mme Félix euh donc elle a eu son::: pardon elle a eu son::: sa demi - ampoule de Temgésic rien de plus pour elle\ euh Mr Deven donc il a ses poches euh et sa nutripompe\ rien de plus\ Mme Collet donc ça s'est bien passé elle a::: 37.5 de température euh ça va son lovénox\ euh::: Mr Manelan euh on lui a donné son sirop de chlorure de potassium\
   [il a]
2. I2: [ça a] été prescrit à à la CV, à la contre visite/
3. I1: euh::: attends [je vais vérifier]
4. I2: [je vais regarder]*[recherche sur dossiers]*
5. I2: c'est ça, à la contre visite\

Dans le service de chirurgie, la présentation de malade est beaucoup plus longue et les tours de parole de ce fait sont moins nombreux: on est dans un format avec une structure de récit de type monologal.

Extrait 3: Service de chirurgie

1.I1: Mr T. il est à J3 de son intervention sur ses escarres euh:: il ne pose pas de problème donc il reste toujours allongé\ Durand verra son pansement\ enfin il a passé une après-midi calme\ il a les deux redons y en a un qui donne pas:: beaucoup et l'autre qui donne un tout petit peu plus\ mais enfin pas énorme\ il fait toujours ses petits sondages\ sinon qu'est-ce qu'il y a eu:: (j'ai fait)une friction parce qu'il était rouge\ et voilà rien d'autre de particulier pour lui\ (.)il se plaignait de mal aux dents mais ce soir il n'en a pas reparlé\ on verra demain ce qu'on peut faire pour lui *(silence)* ensuite Melle D. elle est à J4 d'une appendicectomie\ elle va bien elle a marché dans le couloir un petit peu/ elle est toujours pas allé à selle\ elle a eu des gaz\ elle est toujours pas allée à selle donc elle a eu un suppo de Déductil qui n'a rien donné jusqu'à présent/ donc à voir si ça se déclenche dans la nuit ou demain matin\ voilà pas de problème\ elle est mignonne comme tout

2. I2: elle était pas déjà venue/

3. I1: non je ne:: crois pas ... pour autre chose je sais pas (.) je sais pas j'ai pas demandé elle partira samedi normalement\

Hutchins (1990, 1994), en développant une réflexion sur le rôle des outils dans la distribution des connaissances dans les collectifs, insiste sur certaines propriétés des outils – par exemple leur caractère «ouvert» ou «fermé» – qui permet ou non des utilisations collectives, des apprentissages à plusieurs. Dans ce service, la structuration en dilogue se trouve renforcée par l'usage des artefacts: l'infirmière arrivante (I2) ne lit pas les dossiers avant la relève mais elle consulte la fiche de planification des soins concernant le malade dont l'infirmière partante est en train de parler; elle vérifie ce faisant, la cohérence de ce qui est dit avec ce qui est écrit; mais elle dispose aussi d'informations qui ne sont pas énoncées publiquement car l'infirmière partante ne donne pas les informations qui sont sur ce fichier, considérant que ce serait redondant par rapport à cet écrit. Elles partagent donc des savoirs qui ne sont pas à la disposition des autres participants, ce qui renforce la structure du dilogue.

Dans le service de pédiatrie, les soignants n'ont pas lu le dossier de soins avant la relève orale et n'y ont recours qu'en cas de problème ou de vérification spéciale. En revanche, ils ont sous les yeux un planning mural sur lequel est indiqué chaque malade, ses soins et leurs horaires; au contraire du fichier utilisé dans le service de chirurgie qui ne peut être consulté que par une seule personne, ce planning mural livre ainsi en accès partagé une information publique, discutable et vérifiable, ce qui permet à chacun des membres présents de vérifier ce qui est dit et de contextualiser les propos tenus.

Extrait 4: Service de pédiatrie

L'infirmière a préparé un gavage comme chaque soir pour un enfant en vue du repas du soir. Lors de la relève, regardant les fiches situées dans le bas du planning mural, elle constate que

le gavage d'Arthur n'est indiqué que pour les lundi, mercredi, vendredi et dimanche. Il n'y aurait donc pas de gavage ce jour là:

1. I1: attends là\ je comprends pas pourquoi gavage y a pas écrit jeudi aussi\... lundi mercredi, vendredi et dimanche
2. I2: mais le gavage c'est tous les jours/ puisqu'on le fait rentren\
3. I1: lundi mercredi vendredi et dimanche
4. I2: je sais pas

I1 *va vérifier dans le dossier de soins, découvre une nouvelle prescription médicale et revient en faire part aux autres.*

Du point de vue interlocutif on a donc dans les trois services une structure commune de base de dilogue à auditoire collectif avec un accès plus ou moins partagé aux sources écrites d'information et de contextualisation des échanges. Mais sur cette structure de base, le schéma de participation est très différent dans les trois services.

Focalisation collective

Dans les services de chirurgie et pédiatrie la focalisation au sens où l'entend Goffman comme «concentration unique de l'attention intellectuelle et visuelle officiellement admise, concentration que tous les participants à part entière contribuent à maintenir» (1974, p. 117), est unique et concerne l'ensemble des participants: on peut donc parler de focalisation collective sur l'activité de relève menée par les deux infirmières. Le caractère mono-activité implique que les présents dans la salle le soient au titre de leur participation à la relève; ils ne sont pas autorisés à mener des activités concurrentes dans ce lieu et se doivent d'être attentifs, même à ce qui ne concerne pas leur secteur de travail, tous les membres de l'équipe devant être informés de ce qui se passe dans le service «à toutes fins utiles». Cette focalisation se manifeste par des dimensions participatives silencieuses et notamment la focalisation de l'attention qui est différente dans ces deux services du fait des artefacts cognitifs utilisés pendant la relève. L'accès restreint du fichier de planification à l'infirmière arrivante en chirurgie, conduit à une focalisation visuelle de l'ensemble des participants sur le couple infirmière partante infirmière arrivante. En pédiatrie au contraire, l'accès partagé au planning mural distribue l'attention visuelle des participants entre le dilogue infirmière partante et arrivante et le planning mural que ces deux infirmières regardent également.

Etat de parole ouvert, site multi-activités et foyer de focalisation sur la relève

Dans le service de *médecine,* le fait que la salle de soins reste multi-activités modifie radicalement le cadre participatif: la focalisation collective de

l'attention disparaît au profit d'un état de parole ouvert. Les participants sont ratifiés pour leur activité dans ce site, mais la ratification pour la relève n'est requise impérativement que pour les deux infirmières partante et arrivante du secteur concerné. Quand il y a deux infirmières par secteur, la deuxième peut très bien ne pas y participer (elle aura droit à un bref compte-rendu après). Il en est de même pour les aides-soignantes et élèves. Ces dernières ne sont pas, de ce fait, dans l'obligation de maintenir une certaine absorption dans ce qui se dit, mais elles peuvent le faire aussi. On se trouve alors dans un site multi-activités, une situation de «co-présence non focalisée [...] où chacun vaque à ses occupations sous le regard des autres» (Grosjean, 1995, p. 33). Ceci détermine un «état de parole ouvert», cohabitant avec une focalisation d'une partie variable des participants sur la relève, voire avec d'autres rassemblements sur d'autres questions. Les effets sur la relève sont patents: c'est ainsi le polylogue polyfocalisé qui caractérise ce service.

Une hiérarchie des locuteurs

Même dans le cas de focalisation collective le cadre participatif n'est pas homogène. Les locuteurs n'ont pas la même légitimité au regard de leur droit à la parole: c'est l'infirmière partante responsable de son secteur qui est locuteur de plein droit, car elle possède les savoirs sur les malades et les situations; l'aide-soignante partante devrait l'être également mais elle n'intervient que dans certaines circonstances, nous le verrons plus loin. L'infirmière arrivante responsable du même secteur est l'interlocuteur préférentiel de l'infirmière partante et ses interventions, le plus souvent réactives, sont également de plein droit. Sont également légitimes les infirmières et aides-soignantes qui ont participé plus ou moins occasionnellement au travail évoqué. Mais là encore il y a une hiérarchie, les aides-soignantes prennent moins la parole que les infirmières, nous verrons plus loin dans quelles circonstances. Tous les autres participants sont autorisés, mais leur intervention est improbable. Du côté des destinataires, ils le sont tous mais c'est l'infirmière arrivante qui est destinataire principale: c'est vers elle que les regards de l'infirmière partante sont tournés. En revanche, lorsqu'on est dans un site multi-activités avec un état de parole ouvert (médecine), l'intervention de n'importe quel participant est toujours possible; nous verrons pourtant plus loin que l'activité de relève reste prioritaire pour les deux infirmières concernées, et de ce fait définit le cadre participatif dominant.

La structure de base est donc celle d'une situation de parole plurielle, avec une focalisation sur le thème de la relève autour de deux interlocuteurs

privilégiés directement adressés et fortement engagés dans un échange de nature dilogale. Le polylogue n'y est que potentiel et ce n'est qu'à certains moments qu'apparaissent des polylogues effectifs et focalisés. L'analyse des séquences où cette participation s'élargit laisse apparaître deux types principaux: des séquences brèves où le polylogue apparaît tantôt comme annexé, subordonné au dilogue pour le renforcer, tantôt comme perturbation à ce dilogue. Des séquences plus longues où il s'agit réellement d'un élargissement effectif de la participation à l'activité de relève.

V. Les polylogues subordonnés au dilogue

Dans ce cas de figure, nous avons regroupé les exemples où d'autres participants que les locuteurs principaux interviennent mais de façon ponctuelle. L'échange polylogal y apparaît subordonné à l'échange dominant duel, soit parce qu'il n'est là que pour le renforcer, soit parce qu'il est une parenthèse, le dialogue restant le cadre dominant.

Renforcement du dilogue: la constitution de parties

Dans un certain nombre de cas la prise de parole de nouveaux locuteurs s'apparente plus au renforcement du dilogue par la constitution de «parties»[4] au sens développé par Schegloff (1995) qu'à un véritable polylogue. Ainsi dans l'extrait suivant, l'aide-soignante s'introduit dans le dilogue des deux infirmières pour pousser l'infirmière à donner des précisions sur l'énoncé précédent. En prenant la parole pour inciter l'infirmière à en dire plus, l'aide-soignante partante renforce en réalité le schéma du dilogue dominé par l'infirmière du matin. Infirmière (I1) et aide soignante (AS1) du matin fusionnent ce faisant en une «partie», celle des partantes jusqu'à faire chorus face à l'infirmière arrivante (tour 6)

Extrait 5: Service de chirurgie

1. I1: ouais, Mr Dubois est arrivé avec une ordonnance\ une liste de médicaments longue comme un jour sans fin\ mais en fait il prenait rien chez lui ou pas grand chose juste ça\
2. AS1 *s'adressant à I1* précise pourquoi il avait une ordonnance comme ça
3. I1: c'est le gendre ...
4. AS1: le beau père/ quand même

---

4 «This can involve their relative alignment in current activities, such co-telling of a story or siding together in a disagreement, or their several attributes relative to a momentarily current interactional contingency, for example, wether they are host or guest» (Schegloff, 1995, p. 33).

5. I1: le beau père de Mr P...(médecin connu)
6. I1 et AS1 (en choeur): donc, cela explique les ordonnances.

Cette intervention est à la fois à visée ironique mais également «à toutes fins utiles» pour l'arrivante, car il est de coutume de dire dans le milieu hospitalier que ce sont les malades qui ont dans leur famille un membre du corps médical qui posent très souvent des problèmes aux équipes soignantes.

On peut trouver cette constitution de parties assez régulièrement dans les trois services.

Sollicitation de nouveaux parleurs ou adresse implicite par le thème

Les aides-soignants ont un engagement faible dans la relève en général car les questions médicales pour lesquelles ce sont les infirmières qui sont réputées compétentes, y tiennent le premier plan. En revanche l'abord de thèmes liés à la nourriture, au confort matériel du malade ou à l'élimination qui sont de leur ressort conduit souvent à l'élargissement du cadre interlocutif à ces dernières qui vont alors se constituer en partie: non plus comme précédemment – AS partante solidaire de l'infirmière arrivante – mais AS1 et AS2 comme responsables de cette partie des soins concernant ce qu'on appelle «le nursing». Cet élargissement peut se faire par adresse nominative comme dans l'exemple suivant dans le service de médecine ou du fait de l'état de parole non focalisé les aides-soignantes parlaient et vaquaient de leur côté:

Extrait 6: Service de médecine

1. I1: alors Mr Allani Marine/ diabétique et musulman
brouhaha
2. I1: Marine↑ , Mr Allani diabétique et musulman

Mais le plus souvent l'infirmière s'adresse par le regard et la position du corps à l'aide-soignante concernée, voire comme ici (extrait 8. ligne 1, ligne 15) par un «hein». Dans tous les cas, le fait même d'aborder un thème de cet ordre est une adresse implicite aux professionnels qui en sont chargés.

Extrait 7: Service médecine

Transmission de mi-journée: I1 (=du matin), I2 (= de l'après-midi), AS1 (=aide-soignante du matin), AS2 (= de l'après-midi)

1. I1 euh...Madame Guel Madame Guel euh pareil hein/ toujours pareil elle mange pas
2. AS2 non hier soir euh...
3. I1 donc euh c'est pas...
4. I2 elle a de la fièvre non/
5. I1 non elle est bien elle a mangé quatre biscottes mais au repas de midi elle veut pas
6. AS2 le soir maintenant
7. I1 et quand elle a un
8. AS2 (avant aussi elle mangeait avant le soir mais maintenant elle)

BEST COPY AVAILABLE

9. I1 (petit peu de fièvre elle mange rien du tout de la journée) elle veut même pas les médicaments
10. I2 oui mais on l'embête/ elle veut qu'on la laisse tranquille/
11. AS1 mais oui mais on peut pas laisser les gens tranquilles
12. I2 oui je sais
13. AS1 ce serait plutôt le contraire qu'est ce que tu veux\
14. I2 oui mais depuis le temps
15. I1 bon toujours la même routine hein/ Nursing, comprimés à donner, essayer de la faire manger et surveiller si elle fait pas de bêtises
16. AS1 et puis tu prends du (*inaud*) dans le chariot (.) y en a plus (.) on a fini dans la chambre hein y en a dans le chariot dans un tiroir
reprise du dilogue (I1 à I2)

Le polylogue focalisé qui s'instaure à l'occasion de l'arrivée du thème de la nourriture va se prolonger durant quelques échanges et impliquer également la seconde aide-soignante. L'ouverture de la parole est alors exploitée pour aborder rapidement des thèmes qui ne figurent pas au script de la relève – critique de l'action des médecins (AS1: «Mais oui mais on peut pas laisser les gens tranquilles» et sq) – information donnée à l'infirmière qu'un produit manque dans la chambre du malade pour l'aider à organiser les soins. Contribution à l'information, jugements et évaluations, conseils pratiques: la gamme d'interventions des aides-soignantes dans la relève est assez variée mais nous n'avons noté aucune intervention longue de la part d'une aide-soignante. Elles s'expriment par des remarques ponctuelles, des avis assez brefs et leur prise de parole se doit généralement d'être légitimée par l'adresse implicite que constitue le thème. L'infirmière partante reprend assez vite la maîtrise du tour de parole et recentre sur le «tour» des malades qui est constitutif du déroulement de l'échange. C'est pourquoi nous considérons ce type d'échange comme subordonné et étroitement enchâssé dans le dilogue qui le légitime et qui est plutôt centré sur les soins infirmiers, les soins de nursing leur étant subordonnés.

Polyfocalisation liée au site multi-activité

D'autres polylogues sont caractéristiques du service de médecine du fait du site multi-activités et du caractère relativement ouvert de la parole qui y règne. Ce type de situation engendre des «configurations fluctuantes» du cadre participatif (Léglise, 1998). Au noyau infirmière partante, infirmière arrivante peuvent s'agréger d'autres participants. Cette agrégation se fait – soit autour du thème de la relève, on a alors une focalisation collective émergente comme on le voit dans l'exemple des extraits 7 et 8 – soit du fait de l'irruption de participants engagés dans une autre activité. Dans ce cas on peut constater

une intrication des deux activités et une polyfocalisation des thématiques et du cadre participatif des échanges:

Extrait 8 Service médecine

1I1 à I2: alors Madame Asselin sa nutripompe à 10h, ce matin elle était finie à 6h donc on a changé la machine une première fois.. on l'a changée une deuxième fois::
Interruption du fait de l'arrivée d'un brancardier (G) qui s'informe auprès de I2 sur un rendez-vous et cherche un bon dans les dossiers. L'infirmière reprend:
2I1: parce que:: il y a eu un problème de:::
Interruption brève toujours pour suivre des yeux ce que fait le garçon.
3I1: de débit
4 I2 à I1: c'est à quelle heure de rendez-vous pour Mme H.*/*
5 I1 à I2: c'est à 15h30
6 I2 à G: c''est à 15h30
7 I1à I2: .alors Mme Asselin elle a eu un ASP vers 14h à récupérer. (à G) : c'est 15h30..
8 G: oui oui
9 I1 (à G): mais si je te dis que c'est vrai (à I2) . donc à récupérer et à montrer en contre-visite

L'infirmière I1 assure sa relève avec I2 mais cette activité est interrompue par une activité concurrente, celle de de G. le brancardier qui vient chercher une patiente dans le service et a besoin de l'heure du rendez-vous et du bon pour l'examen. Tout en respectant et suivant des yeux cette activité de G qu'elle juge légitime et urgente, I1 continue sa relève qu'elle considère comme la focalisation principale puisqu'elle y revient systématiquement (2.3.7 et 9 fin) malgré les interruptions, tout en assurant un autre échange parallèle, non subordonné au précédent avec I2 et G qui se retrouve enchâssé dans la communication principale (4.5.6) et parfois au sein des mêmes tours de paroles (7 fin, 9 début).

Mais c'est l'échange de la relève qui prime et l'infirmière partante s'efforce de le maintenir en tant qu'échange prioritaire. On a donc deux focalisations concurrentes et indépendantes l'une de l'autre mais l'une est maintenue au travers de la gestion de l'autre.

VI. Le polylogue effectif focalisé: l'irruption de formes conversationnelles

Le dernier type de polylogue émergent dans la relève est le polylogue de type conversationnel que nous caractériserons par les aspects suivants: un échange focalisé plurilocuteurs où les statuts inégaux de parole, caractéristiques de la relève, disparaissent temporairement et où les thématiques abordées ne sont pas liées directement au statut professionnel de celui qui les aborde. Leur mode d'apparition paraît lié à deux facteurs, l'émergence de l'affect et les situations-problèmes. C'est dans le service de pédiatrie que l'on trouve, lors des relèves, le plus d'échanges de type conversation plurilo-

cuteurs avec égalisation des statuts participatifs; peut-être parce que c'est dans ce service que l'on retrouve le plus d'affect, du fait du type de patients accueillis- mais aussi parce que les situations de soins y sont plus complexes qu'ailleurs et génèrent des problèmes constants.

Notations affectives et gestion de l'émotion liée aux soins

En pédiatrie, le fait que les patients soient des enfants favorise l'intrication constante de thèmes purement médicaux avec des thèmes de vie quotidienne et des notations affectives pour lesquelles les auxiliaires de puériculture se sentent autorisées à prendre la parole spontanément, en entraînant les infirmières sur des thèmes non professionnels. Ainsi dans l'extrait suivant, lorsque l'échange se focalise (tours 5 à 13) sur le thème de la beauté de l'enfant, il y a pour un moment égalisation des statuts de parole avant que l'infirmière I1 ne termine cette séquence en reprenant le «tour» des enfants (tour 14):

Extrait 9: Service de pédiatrie

I1 et AP1 infirmière et auxiliaire de puériculture partantes du secteur, I2 et AP2 infirmière et auxiliaire de puériculture de l'autre secteur, I3 et AP3 infirmière et auxiliaire de puériculture arrivante.

1.I1: Zabeth c'est donc un syndrome néphrotique qui est résistant et qui serai éventuellement... enfin qui ferait une insuffisance rénale et qu'il y aurai éventuellement une dialyse si ça se passe mal quoi\ donc la seule place qui restai c'était à côté de Céline donc on n'a pas voulu la mettre à côté de Céline qui a déjà sa dialyse\ la maman étant infirmière travaillant en réa et en hémodialyse...elle a travaillé en hémodialyse/ la maman donc quand Michèle lui a parlé je veux dire la maman elle était effondrée\ Michèle elle a dit on peut absolument pas la mettre à côté de Céline

2. I3: ah d'accord

3. I1: donc c'est pour ça qu'elle s'est retrouvée chez les petits

4. I3: ça va\ donc si elle réagit bien aux () ce sera une forme simple

5. AP3: on l'a jamais eu/

6. I1: non (.) elle est su::per belle

7. AP1: c'est une petite noire

8. I2: elle est belle↑ hein/

9. I1: sa mère aussi... elles se ressemblent d'ailleurs je trouve

10. I2: oui

11. AP2: moi je l'ai pas bien vue mais elle est mignonne

12. I1: y'a que la maman qu'est:: le papa est blanc y'a que la maman (silence) et puis la gosse j'ai trouvé qu'elle::: elle est marrante avec ses::

13. AS1: elle est belle comme tout

14. I1: bon. Au 8, au 8 c'est une petite de 9 mois qui est venue pour une réintroduction, alors c'est la réintroduction nouveau protocole

Dans le service de chirurgie, la dimension affective est moins constamme présente. Mais dans certains contextes, on voit également surgir des séque

ces conversationnelles qui ont vraisemblablement pour effet de relâcher la pression par le partage des émotions. C'est le cas lorsque la relève porte sur des patients pour lesquels l'équipe a eu une charge de travail éprouvante, ou lorsqu'elle se trouve aux prises avec des malades dont les comportements particuliers soumettent les nerfs de chacun à rude épreuve, comme c'est le cas dans les deux exemples suivants:

Extrait 10: Service de chirurgie

Il s'agit d'un malade qui refuse de se faire soigner par d'autres personnes que le médecin-chef, la surveillante et une infirmière plus ancienne dans le service, ce qui pose des problèmes inextricables puisque cette infirmière n'est là que lors de son roulement. Il faut donc que les infirmières et aides-soignantes rusent pour pouvoir lui donner les soins nécessaires.

1. AS1: hier j'ai essayé de l'avoir pour la toilette et le rasage mais j'y suis pas arrivée.
2. AS 2: moi j'ai pas le droit de regarder son ventre *(rires)*
3. I: moi j'ai le droit de regarder quand même moi... mais pas toucher
4. AS1: Hier J. (*la seule infirmière qui a le droit de le toucher*) a branché le gavage, il m'a dit "Tss Tss", il a fallu que je me tourne *(rires)* pour qu'elle puisse le toucher. *(rires)*

Extrait 11: Service de chirurgie

Un autre malade hospitalisé au même moment se dit médecin et se soigne lui-même avec un arsenal de thérapeutiques bien spécifiques: il refuse une opération dont il aurait besoin

1. I2: et bien le monsieur qui avait sa *colono*, Giraud, j'pense à Giraud
2. I: il a eu quoi Mr Giraud/
3. I2: il sera opéré d'une colono ...
4. : *(brouhaha)*
5. I2: Intarissable sur les métiers de sorciers
6. AS: oh↑ il a toute une feuille↑
7. I1: tu parles de sorciers/ c'est verveine, armagnac *(rire)*
8. I: il potassait/ il avait un bouquin et il écrivait ...
9. I1: et pas n'importe lequel
10. I: oui tu parles il se sélectionne l'armagnac c'est du bon
11. I1: une tête d'ail ...
12. I: l'arquebuse aussi hein ...
13. I2: 5 ou 6/ Ah oui/ comme il a mangé ses gousses d'ail↑
14. I1: hier soir, juste avant de faire *(inaudible)*
15. I: c'est marrant parce toute la nuit il a dormi la fenêtre ouverte alors ça a été très bien sur le matin
16. I2: il est spécial
17. I1: il a peur des vampires c'est pour ça
18. AS: et il mange quoi.. de l'ail toute la journée/

Bien que le thème des échanges réfère constamment aux soins, aides-soignantes et infirmières, partantes et arrivantes, chacune participe avec un statut de parole égal, quelle que soit sa spécialité et son horaire de travail et sans que la parole soit distribuée par l'infirmière arrivante. Le rire partagé, les plaisanteries, le jeu sur les mots par les répétitions (Ex. 10), l'accumulation des notations, la brièveté et la rythmicité des énoncés, (Ex.11) marquent

également l'égalisation des statuts du fait de la dimension ludique que ces procédés installent.

Ces séquences conversationnelles sont toutefois toujours limitées et bornées par le dilogue. L'infirmière partante reprend assez rapidement son tour de parole: cette reprise se fait généralement par le biais de connecteurs spécifiques: notamment le «bon» est largement utilisé comme bornage de la séquence conversationnelle et comme retour à l'ordre de la relève comme on peut le voir à la fin de l'extrait 7 ligne 14 plus haut.

Les situations problèmes

D'autres séquences quasi-conversationnelles peuvent se produire à l'occasion de situations-problèmes, notamment lorsqu'il s'agit de comprendre un protocole complexe ou lorsqu'il y a une décision à prendre et que la délibération s'impose. Mais s'il s'agit d'un problème lié aux soins techniques, la participation ne s'élargit qu'aux infirmières présentes: les auxiliaires comme on le voit Ex. 12 ne s'expriment pas. Il y a en revanche une égalisation des statuts participatifs entre les infirmières: ce n'est plus l'infirmière partante qui a les savoirs, c'est le groupe de pairs (la surveillante S. elle-même se positionne ici, non en tant que hiérarchique, mais en tant que professionnelle infirmière) qui cherche ensemble à résoudre un problème pour lequel chacune a peut-être le savoir décisif qui permettra de résoudre la question.

Extrait 12: Service de pédiatrie

1.I1: tu comprends comment toi la fin là "si hypoglycémie, faire ça" /
2.I2: oui si il fait l'hypo parce que attends il est où le:::parce que euh:: si tu veux ça c'est... si il fait l'hypo\ sinon on le fait à la fin de l'épreuve c'est la même chose seulement si il fait l'hypo il faut faire tout de suite ça
3.I1: mais tu crois que s'il ne fait pas d'hypo on va faire ça en fin d'épreuve/
4.I2: ah oui tout le temps on fait ça en fin d'hypo
5.I1: ah bon parce que comme il avait marqué tout ça là je me suis dit on va peut être pas suivre ce protocole là
6.S: c'est un nouveau protocole/
7.I2: non c'est toujours le même (..) seulement on le fait après 16h Eh Mari Lou/l'épreuve de jeûne se termine toujours par une IM de Glucagon/
8.I3: non euh::: non le Glucagon je crois que c'est que s'ils font l'hypo
9.I2: ben::: sur le protocole non
10.I3: mais après le Glucagon tu as encore des prélèvements à faire/
11.I2: ah oui
12.I1: on reposera la question

Polylogue et scissions: la reconstitution des «parties» professionnelles

La structure du polylogue dans les réunions de relève est donc largement tributaire des fonctions exercées par les locuteurs, sauf dans les séquences affectives étudiées plus haut. Mais même dans ce type de séquence, les scissions qui sont une tendance forte du polylogue, cela a été souvent constaté, vont avoir tendance à se faire sur la base des statuts professionnels, du fait notamment de l'autosélection des parleurs par le thème.

Ainsi, dans l'exemple suivant, on a une séquence de type conversationnel de nature très affective: il s'agit en effet d'un enfant habitué du service à qui, pour la première fois depuis de nombreuses années, on supprime le gavage certains soirs (c'est-à-dire qu'il pourra venir à table avec les autres enfants et ne pas rester isolé dans sa chambre). Les infirmières et les aides-soignantes n'avaient pas vu, «pas réalisé» disent-elles, tant cela paraissait improbable, que ce gavage était supprimé ce soir-là. Elles partagent alors leur émotion avec l'équipe de nuit lors d'une séquence conversationnelle polylogale (échanges 1 à 10). Mais à partir de 11 la scission s'effectue sur la base des catégories professionnelles: les deux infirmières continuent leur relève sur des thèmes médicaux, les AP continuent sur le thème de l'enfant de sa vie, et sur les notations affectives.

Extrait 13: Service de pédiatrie

I1. et AP1 (infirmière et auxiliaire puéricultrice partantes) à IN (infirmière de nuit arrivante) et AP2 (auxiliaire puéricultrice arrivante).

1. I1- pas de gavage pas d'APC [...]
2. I1- en fait on n'avait pas réalisé jeudi dernier que:: qu'il y aurait un jour::: sans gavage quoi
3. IN- ouais
4. I1- et comme c'est le premier jeudi
5. AP1- il obéit à tout ce que tu lui dis c'est fou ↑ ce soir, tu dis un truc
6. I1- c'est trop ↑
7. AP2- ah bon/
8. AP1- ah ouai:::s
9. AP2- j'ai cru que vous plaisantiez
10. I1- tu rends compte/ c'est la première nuit où il a rien

(échanges à voix plus basse)
12.IN- demain j'ai dit à C. hein faut lui mettre tôt hein
13.I1- oui c'est moi demain
14.IN- vers 5 heures pour lui mettre son
(échanges inaudibles)
15.I1 oui
16.IN si c'est possible

12 AP1- *(début de phrase inaudible)* d'habitude on est obligé de crier après c'est angoissant pour nous
13AP2- ah ça c'est bien
14 AP1- mais là ce soir dis hein ... je lui ai dit tu lis mais tu touches pas les jeux hein/ tu lis
(2 échanges inaudibles)

Reprise à voix plus haute et plus forte
17. I1- c'est fou ↑ parce que j'veux dire c'est jeudi dernier en fait que ça a été prescrit on n'a pas réalisé on n'a absolument pas réalisé qu'un jour il n'y aurait... pas de gavage\ et pas d'APC\
18. AP1- on n'a pas réalisé on a focalisé (inaudible) .

La scission (interaction entre les deux auxiliaires de puériculture et interaction entre les deux infirmières) ne s'accompagne pas réellement d'un changement de thème mais de l'exploitation parallèle du même thème: plus technique entre les infirmières, plus émotionnelle entre les puéricultrices. Le changement se manifeste très nettement par un changement de hauteur de la voix et d'intensité de la part de I1 (à partir du tour 10) comme si elle abandonnait son statut dominant en matière de gestion de la parole en laissant se développer la scission jusqu'au moment où elle reprend la maîtrise de la conduite de l'interaction en augmentant la hauteur et l'intensité de la voix (tour 17); ce qui refocalise le polylogue qui reprend là où il s'était fragmenté (tour 10).

VII. Conclusion

Nous pensons avoir montré comment les configurations de la parole plurielle lors des relèves inter-équipes à l'hôpital sont étroitement liées à l'activité, aux statuts professionnels et sociaux des participants, à la distribution des connaissances, aux dispositifs spatiaux ainsi qu'à la configuration des écrits. Elles sont également inscrites dans des rituels particuliers, dans des «régularités culturelles tacites qui encadrent et orientent les interactions locales» (Cicourel 1994) et qui, nous l'avons vu, sont différentes d'un service à l'autre. Sur la base d'une structure de base commune, celle du dilogue asymétrique entre infirmière partante et arrivante ou entre «partie» partante et «partie» arrivante, les services ont organisé leurs relèves – soit dans un site multi-activités, ce qui impose un état de parole ouvert – soit dans un site où les participants se rassemblent et se focalisent sur la seule activité de relève.

Cette structure de dilogue asymétrique est étroitement liée aux modalités de l'activité (le roulement des équipes) et à l'inégale distribution des savoirs entre équipes partantes et équipes arrivantes. C'est également cette asymétrie des savoirs qui engendre, à certains moments, la constitution de «parties» renforçant la structure même du dilogue. La structure dilogale est assouplie ou renforcée par le type d'artefacts cognitifs en usage. Leur accès partagé tendant à élargir le cadre participatif comme on le voit dans le service de pédiatrie qui utilise ce type d'outil tandis que les outils fermés (chirurgie) tendent à le restreindre. Les différences de statut professionnel et la répartition des tâches entre infirmières et auxiliaires (AS et AP) sont

également en cause: la maîtrise de la parole par les infirmières lors de la relève est patente et témoigne du fait que celle-ci concerne prioritairement les soins effectués par les infirmières.

Le polylogue n'est donc que potentiel et il émerge en diverses circonstances que nous avons cherchées à catégoriser. Il apparaît, à l'issue de ces tentatives de catégorisation, que l'élargissement des cadres participatifs lors des passages au polylogue effectif focalisé est étroitement lié au format de production. Les participants, bien que tous théoriquement autorisés à prendre la parole, ne s'engagent en tant que locuteurs, que dans les situations où la thématique de l'échange donne une légitimité à l'un de leur rôle: ainsi on les voit prendre la parole, lorsque le thème les concerne en tant que professionnels responsables (infirmières/ AS ou AP), en tant que membre de l'équipe ayant un savoir spécifique du fait de sa présence durant les dernières heures (groupe partant/arrivant), enfin en tant que membre d'un groupe professionnel qui peut contribuer à la résolution d'un problème (groupe des pairs). C'est probablement ce qui explique que l'on ne voit apparaître de polylogues focalisés quasi conversationnels avec égalisation des statuts de participation, que lors de l'émergence de thèmes plus affectifs, autour desquels chacun s'autorise à parler en tant que personne.

Enfin il nous paraît essentiel de souligner les effets des normes locales et des rituels sur les aspects socio-cognitifs de ces dispositifs que sont les relèves. L'efficacité de l'échange d'information, activité constitutive de la relève n'est pas identique dans l'état de parole ouvert et dans celui de focalisation collective. En schéma de parole ouvert on ne sait jamais, en dehors du dilogue institué, qui sait quoi, qui est témoin de quoi alors que la focalisation collective et la mono-activité impliquent que chacun soit au courant et sache ce que les autres ont entendu.

L'étude des situations de polylogues en situation professionnelle présente ainsi deux types d'intérêt: une dimension d'ethnographie de la parole et une dimension socio-cognitive dont les implications sont diverses dans l'étude des situations de travail.

Conventions de transcription

Les chevauchements sont signalés par des [...]

Les unités non lexicalisées sont transcrites en s'orientant d'après la phonétique:
Ex: Hm, mhm, euh,.....

L'allongement d'une syllabe est signalé par: "je lui ai dit:::"
Ex: si:::

L'effacement d'une syllabe par ' "j'me disais"

Les pauses et leur longueur par

... pour les pauses de moins d'une seconde

x une seconde

xxx autant de croix que de secondes jusqu'à 5 secondes. Pour les durées supérieures la durée est indiquée entre deux /. Ex: /15/

Les passages incompréhensibles par (...)

Les suppositions entre parenthèses rondes: Ex: Je (vois/crois)

L'accent d'insistance en soulignant le passage

Ex: Je ne veux rien

L'intonation montante / montante forte ↑

L'intonation descendante \ descendante forte ↓

BIBLIOGRAPHIE

Bargiela-Chiappini, F., & Harris, S. J. (1997). *Managing Language. The discourse of Corporate.*

Borzeix, A., & Fraenkel, B. (eds). (2001). *Langage et Travail.* Paris: CNRS Editions.

Boutet, J., Gardin, B., & Lacoste, M. (1995). Discours en situation de travail. Les analyses du discours en France. *Langages, 117*, 12-31.

Callon, M. (1988). *La science et ses réseaux. Genèse et circulation des faits scientifiques.* Paris: La Découverte.

Cabasino, F. (éd.). (1998). *Du dialogue au polylogue.* Rome: CISU.

Cicourel, A.V. (1994). La connaissance distribuée dans le diagnostic médical. *Sociologie du Travail, 4/94*, 427-451.

Hutchins, E. (1994). Comment le cokpit se souvient de ses vitesses. *Sociologie du travail, XXXVI-4*, 451-475.

Clark, H.H., & Schaeffer, E.F. (1992). Dealing with overhearers. In *Arenas of Language Use.* (pp. 248-274). The University of Chicago Press: Center or the study of Language and Information.

Conein, B., & Jacopin, E. (1993). La planification de l'action: les objets dans l'espace. *Raisons Pratiques, 4*, 59-84.

Goffman, E. (1981). *Forms of talk.* Oxford: Basil Blackwell. (Trad. Fce: Façons de parler, 1987, Paris: Minuit).

Goodwin, Ch., & Goodwin, M.H. (1997). La coopération au travail dans un aéroport. *Réseaux, 85*, 129-162.

Grosjean, M. (1995). Contextualisations vocales en situations de travail. *Connexions, 65-1*, 27-42.

Grosjean, M., & Traverso, V. (1998). Les cadres participatifs dans les polylogues. In F. Cabasino (éd.), *Du dialogue au polylogue.* (pp. 51-66). Rome: CISU.

Grosjean, M., & Lacoste, M. (1998). L'oral et l'écrit dans les communications de travail, ou les illusions du «tout écrit». *Sociologie du Travail.*

— (1999). *Communication et intelligence collective. Le travail à l'hospital.* Paris: PUF.

Heath, Ch., & Luff, P. (1994). Activité distribuée et organisation de l'interaction. *Sociologie du Travail, 4, XXXVI*, 523-545.

Hutchins, E. (1990). The Technology of Team Navigation. In J. Galegher, R. Kraut & C. Egido (eds), *Intellectual Teamwork.* (pp. 22-51). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

— (1994). Comment le cokpit se souvient de ses vitesses. *Sociologie du travail, XXXVI-4*, 451-475.

Joseph, I. (1994). Attention distribuée, attention focalisée: les protocoles de la coopération au PCC de la ligne A du RER. *Sociologie du Travail, XXXVI-4*, 563-587.

Kendon, A. (1990). *Conducting interaction: Patterns of behavior in focussed encounters*. Cambridge: CUP.

Latour, B. (1989). *La science en action*. Paris: La Découverte.

Lave, J. (1988). *Cognition in Practice*. Cambridge, Mass.: MIT Press.

Léglise, I. (1998). Le problème de l'adresse en situation d'interaction plurilocuteurs dans les avions de la patrouille maritime. In K. Kostulski & A. Trognon (éds), *Communications interactives dans les groupes de travail*. (pp. 183-205). Nancy: PUN.

Norman, D. A. (1993). Les artefacts cognitifs. *Raisons Pratiques, 4*, 15-35.

Perin, P., & Gensollen, M. (1992). *La communication plurielle. L'interaction dans les téléconférences*. Paris: La Documentation Française.

Kerbrat-Orecchioni, C., & Plantin, Ch. (éds). (1995). *Le trilogue*. Lyon: PUL.

Schegloff, E. A. (1995). Parties and talking together: two ways in which numbers are significant for talk-in-interaction. In P.T. Haves & G. Psathas (eds), *Situated Order*. (pp. 31-42). Washington, D.C.: International Institute for Ethnomethodology and Conversation Analysis and University Press of America.

Streeck, J. (1996). How to do things with things. Objets trouvés and symbolization. *Human studies, 19*, 365-384.

Suchman, L. (1996). Constituting Shared Workspaces. In Y. Engeström & D. Middleton (eds), *Cognition and Communication at Work*. (pp. 35-60). Cambridge: CUP.

Traverso, V. (1997). Des échanges à la poste: dilogues, trilogues, polylogue(s)? *Cahiers de Praxématique, 28*, 57-77.

Vygotski, L.S. (1985). *Pensée et Langage*. Paris: Editions Sociales. (Trad. du russe par F. Sève).

Witko, A. (2000). Une réunion mise en forme par des écrits. Le conseil Municipal. In S. Pène (éd.), *De nouvelles communications dans les organisations*. Paris: L'Harmattan.

L'expertise des patients dans l'élaboration d'un diagnostic médical – Analyse linguistique d'entretiens avec des patients souffrant de crises épileptiques ou non-épileptiques

Ingrid FURCHNER
Universität Bielefeld, Institut für Wissenschafts- und Technikforschung (IWT),
Postfach 100131, D-33501 Bielefeld

Elisabeth GÜLICH
Universität Bielefeld, Fakultät für Linguistik und Literaturwissenschaft,
Postfach 100131, D-33501 Bielefeld

C'est un ENORME caillou qui est dans un sac à dos .
et ce sac à dos on le porte . .
c'est LOURD à porter, . . c'est LOURD .
et le jour où on s'en débarasse on se sent tout léger

(Lorraine, 17 ans)[1]

Den Kontext für diesen Beitrag bildet ein interdisziplinäres Forschungsprojekt, in dem Beschwerdedarstellungen anfallskranker Patienten linguistisch analysiert werden. Die Untersuchungen basieren auf der Hypothese, dass die sprachlichen Verfahren, derer sich die PatientInnen bei der Beschreibung ihrer Anfälle bedienen, Rückschlüsse auf die Art der Anfallserkrankung zulassen, d.h. Aufschluß darüber geben können, ob es sich um epileptische Anfälle oder um andere anfallsartige Störungen handelt. Hier werden zwei analytische Herangehensweisen exemplarisch dargestellt: Zum einen bilden typische sprachliche Strukturen den Ausgangspunkt; als Beispiel werden Fälle von auffällig intensiver Formulierungsarbeit bei der Darstellung von Anfällen beschrieben. Zum anderen wird von einem für Anfallskrankheiten zentralen Thema ausgegangen; hier dient die Darstellung von Bewusstseinslücken oder Bewußtseinsverlust als Beispiel. In beiden Fällen werden systematisch unterschiedliche Darstellungsweisen und Präferenzen herausgearbeitet, zu denen auch erste Möglichkeiten einer differenzialdiagnostischen Auswertung skizziert werden.

1. La description de la crise épileptique: présentation d'une recherche en cours

Le diagnostic d'une crise d'épilepsie repose sur la description scrupuleuse et précise du déroulement de la crise. Seul le récit du patient et/ou de son entourage permettra d'apprécier l'existence de signes évocateurs de la maladie tels que: mouvements convulsifs, pertes de connaissance, chutes, absences, relâchements des sphincters, automatismes gestuels...[2].

---

1 Citation d'une jeune patiente souffrant d'épilepsie depuis l'âge de 10 ans, tirée de l'émission «L'épilepsie, cette maladie qui fait peur» (France 3: «La marche du siècle», 8 janvier 1997).

2 Fondation pour la recherche sur l'épilepsie: (http://www.fondation-épilepsie.fr/connaître/épilepsie.html).

Bulletin suisse de linguistique appliquée
No 74, 2001, 83-107 • ISSN 1023-2044

© 2001 Institut de linguistique
Université de Neuchâtel

Cette citation que l'on trouve en accédant au site Internet de la «Fondation française pour la recherche sur l'épilepsie» attribue une valeur centrale aux activités verbales du malade et à la transmission de son savoir particulier au médecin. Dans de nombreux articles ou livres – surtout dans ceux qui s'adressent au grand public – on retrouve la même opinion. Ainsi Genton & Rémy commencent leur chapitre sur l'examen médical par souligner l'importance d'un «interrogatoire minutieux» en ajoutant qu'il «nécessite une excellente collaboration du patient et de son entourage» (Genton & Rémy 1996, 73). Malgré le développement très poussé dans le domaine des techniques de diagnostic la description subjective des symptômes de la maladie effectuée par le patient lui-même reste donc un élément décisif de l'élaboration du diagnostic. L'expertise médicale n'est pas réservée au seul médecin, mais le patient est «expert» de son côté. Il ne l'est pas seulement parce qu'il peut avoir acquis certaines connaissances médicales à force d'avoir vécu et de vivre une maladie chronique, mais il dispose d'un savoir spécifique concernant les symptômes précurseurs, les manifestations et le déroulement de ses crises à lui, peut-être différent des crises d'autres patients. Ce savoir qui n'est accessible au médecin par aucune autre voie que par la description que le patient lui en fait est irremplaçable et indispensable pour le traitement de la maladie[3].

Etant donné le rôle primordial de l'entretien entre patient et médecin, il faut s'interroger sur les méthodes d'analyse et d'interprétation de ces entretiens et notamment des descriptions de crises. Notre contribution proposera une approche linguistique de telles descriptions qui s'inspire de l'analyse conversationnelle ethnométhodologique tout en visant à en exploiter les résultats pour des objectifs médicaux. Elle s'inscrit dans le cadre d'une recherche pluridisciplinaire portant sur des entretiens entre médecins et patients dans le centre d'épilepsie de Bethel (Bielefeld)[4]. Ce centre qui se distingue par un service spécial d'orientation psychothérapeutique assure la

---

3 L'importance de la description de la crise ou des signes précurseurs est soulignée dans certains ouvrages épileptologiques (*cf.* surtout Janz, 1969, 1997; Palmini & Gloor, 1992; Janati *et al.*, 1992; Wolf, 1990, 1994), mais elle est souvent négligée. Du côté linguistique l'intérêt pour la perspective et les activités du patient dans l'interaction médicale va en s'accroissant; cette tendance se manifeste d'une façon impressionnante dans les contributions réunies dans Beach (2001).

4 Cette recherche à été subventionnée par l'université de Bielefeld, et du 1er mars 1999 au 28 février 2001 par la Deutsche Forschungsgemeinschaft. Elle est effectuée en collaboration avec le docteur Martin Schöndienst, Epilepsie-Zentrum Bethel/Bielefeld (dirigé par le professeur Peter Wolf). Pour les premiers résultats *cf.* Gülich & Schöndienst (1999), Wolf, Schöndienst & Gülich (2000), Gülich & Furchner (sous presse), Furchner (sous presse).

consultation interne et externe et est fréquenté par des patients de toute l'Allemagne dont beaucoup présentent des cas de diagnostic difficile. Ces patients souffrent tous de crises, souvent depuis de nombreuses années, mais pour certains l'origine et la nature des crises n'ont pas pu être élucidées. L'examen médical vise donc tout d'abord à déterminer s'il s'agit de crises épileptiques ou non-épileptiques.

La recherche dont nous présenterons ici quelques aspects part de l'hypothèse qu'il y a un rapport entre le type de crise dont souffre le patient et sa façon de s'exprimer, à laquelle normalement on ne fait guère attention dans le domaine médical, étant donné que les médecins ont l'habitude de se concentrer sur le contenu, c'est-à-dire sur les symptômes.

Afin de pouvoir examiner de façon détaillée et précise les descriptions de crises nous avons recueilli un large corpus d'enregistrements et de transcriptions[5]. Pour la démarche analytique notre équipe a suivi trois directions de recherche:

1) Nous avons pris comme point de départ certaines structures linguistiques qui nous ont particulièrement frappés, notamment la difficulté de formulation manifestée par toutes sortes de traces verbales dans les descriptions de crises (reformulations, hésitations, commentaires métadiscursifs).
2) Il nous a semblé pertinent de tenir compte de la façon dont la description de la crise est déclenchée, c'est-à-dire si le patient répond à une question du médecin ou s'il prend lui-même l'initiative. Le comportement conversationnel des interactants au cours de l'entretien mérite donc également d'être retenu.
3) Pour compléter les observations dans ces deux domaines nous avons focalisé notre attention sur certains éléments thématiques qui jouent un rôle central dans la description des crises: p. ex. la première crise, la dernière et la plus impressionnante ainsi que la période d'inconscience, non en tant que notion médicale, mais telle qu'elle est vécue par le patient.

Dans ce qui suit nous nous limiterons à illustrer cette manière de procéder de façon exemplaire: Nous essayerons de mettre en valeur tout d'abord les techniques mises en œuvre par les patients dans l'élaboration de la description de la crise, tout en tenant compte des contributions du médecin (ch. 2). Nous

---

5 Le corpus comprend plus de 110 entretiens enregistrés sur magnétophone à cassettes ou sur magnétoscope dont la durée varie entre 10 et 45 minutes; environ les deux tiers des enregistrements ont été transcrits (plus de 1000 pages de transcription).

nous concentrerons ensuite sur le problème particulier de la description des périodes d'inconscience (ch. 3), et nous terminerons par quelques réflexions sur le rôle de l'analyse linguistique dans l'ensemble des examens épileptologiques (ch. 4).

2. La construction conversationnelle de la description d'une crise

2.1 Le travail de la formulation: étude d'un exemple

> C'est une sensation de désagrément, . . quelque chose de désagréable (...) ce qu'ils perçoivent c'est très désagréable, . ils savent pas bien le décrire (...) ils ont toujours beaucoup de mal à décrire ce qu'ils ressentent mais ils nous disent que c'est très désagréable.

C'est la réponse que donne un spécialiste au cours d'une émission télévisée quand on lui demande s'il y a des douleurs qui accompagnent la crise d'épilepsie, réponse que vient confirmer un ancien patient épileptique: «oui, c'est très très dur à décrire ce qu'on ressent exactement»[6]. De tels commentaires se retrouvent fréquemment dans nos données. Bien que les patients en question soient des malades chroniques ayant forcément acquis une certaine routine dans la présentation de leurs cas, les commentaires métadiscursifs concernant les difficultés de formulation ou l'indescriptible des sensations liées à la crise comptent parmi les caractéristiques typiques des descriptions de certains patients. Apparemment les routines discursives éventuellement acquises ne facilitent pas l'effort que le locuteur doit fournir pour transmettre au médecin les sensations subjectives, souvent bizarres et inhabituelles auxquelles il est soumis[7]. L'extrait suivant fournira un exemple d'un tel effort:

Exemple 1: Mme Tolkow[8]

120 T:	ich weiß jetz nich was sie	. <lacht>+ <lachend> mich noch
	maintenant je ne sais pas ce que vous	. *<rire> <en riant>* *me demandez*

---

6 Il s'agit du professeur Motte, neuropédiatre, interviewé dans l'émission «L'épilepsie, cette maladie qui fait peur», *cf.* note 1 ci-dessus; le patient cité est Philippe Clerc.

7 Décrire l'indescriptible – ou ce qui est présenté comme difficile à décrire – présente «un défi (...) pour les linguistes, résolument tournés vers le dire»; «ce terme négatif ne désigne pas, selon nous, l'impossibilité d'une formulation, mais sa difficulté. Il renvoie à l'effort d'une énonciation jugée non adéquate, à ce qui est ressenti comme un travail, parfois un échec à dire» (*L'indicible*, 1998, p. 9). La Revue *LINX* a consacré un «Numéro Spécial» à ce thème. Des récits d'expériences extraordinaires sont également traités dans Wooffitt (1992).

8 Les données ont été anonymisées; les noms propres qui nous servent à identifier les patients sont des noms inventés. Les conventions de transcription se trouvent en annexe. Nous avons conservé la numérotation des lignes de la transcription originale puisque cela indique l'endroit de la séquence citée par rapport au début de l'entretien. Nous ajoutons à chaque ligne de transcription une traduction française dans laquelle nous essayons de rester le plus près possible de l'original allemand, même si le résultat n'est pas toujours très élégant.

121 frAgn'+ . ich hab aller.dings auch noch ANdere <AA> <EA> . ähm .
encore + . c'est que j'ai aussi encore d'autres <AA> <EA> . euh .
122 störungn, [...]
troubles [...]
123 Dr: diese ŭ/ andern erschEInungn, [ne' ja ja
ces / autres apparitions [hein oui oui
124 T: [ja, Sinnestäuschungn und ähnliches,
[oui des hallucinations et quelque chose de semblable
125 Dr: mhm . könn sie das noch ma
mhm . pouvez-vous encore une fois
126 T: <EA> . das is immer sE:hr schwierig zu beschrEIbm'
<EA> . c'est toujours très difficile à décrire
127 Dr: Ja
Oui
128 T: . ähm:: . . das . . (?ersmal) . gesacht <h> trifft dann ungefähr gleich n
. euh . . ça . . (?tout d'abord) . dit se passe donc environ tout au long de
129 ganzn TACH zu' <EA> dann: hör ich: äh . . WOrte und geräusche ver-
la journée <EA> alors j'entends euh . . des mots et des bruits com-
130 kehrt, . also ich könnte sie dann nich verstehn' . müßte
plètement de travers . donc je ne pourrais pas vous comprendre . (je) dev-
131 dann immer noch ein zwei mal nACHfragn, beVOR ich das so richtich ver-
rais alors toujours redemander encore une ou deux fois avant que je puis-
132 stehn kann' . <EA> HÖr aber was ANderes,
se comprendre ça de façon adéquate . <EA> mais (j') entends autre chose
133 . und manchmal immer ä dassEIbe aber könnte das AUch wiederum
. et parfois toujours euh la même chose mais c'est que je ne pourrais pas
134 nich WIEdergebm WAS . nun Anders is,
non plus expliquer ce . qui est différent
135 Dr: mhm
mhm
136 T: <EA> un=das SELbe ergeht mir dann auch mit geräuschn von drAUßn
<EA> et la même chose m'arrive aussi avec des bruits du dehors alors
137 also mit <EA> musik aus dem RAdio oder:=ähm f: <h> . mit AUtos auf der
avec <EA> la musique de la radio ou euh f avec les voitures dans la rue
138 straße oder so, . das is also vÖllich <EA> . störend .
ou quelque chose comme ça . alors c'est absolument <EA> . perturbant .
139 Dr: mhm
mhm
140 T: und . beEInträchticht mich natürlich vÖllich,
et (ça) me gêne naturellement énormément
141 [ich kann es wirklich schlEcht be/ erklÄrn, °
[j'ai vraiment du mal à dé/ expliquer
142 Dr: [und das: betrifft spr°A:chliche . und geRÄU:schliche,
[et c'est au niveau de la langue . et du bruit
143 T: ja,' sprAchliche, und geräuschliche' <EA> es geht aber dann auch SO weit'
oui de la langue et du bruit <EA> mais bon ça va aussi tellement
144 (...)
loin (...)

La façon dont s'exprime cette patiente en parlant de ses crises représente un exemple typique de travail intensif de formulation. On assiste en quelque sorte à une mise en scène de ce travail que la locutrice elle-meme présente comme

particulièrement difficile. L'effort pour résoudre ces difficultés se manifeste par différents types de traces dans son discours[9].

On peut identifier d'abord les traces du travail de la «mise en mots»: Dès le premier énoncé où elle introduit un nouveau thème dans l'entretien la locutrice hésite beaucoup: elle allonge les syllabes, elle fait des pauses à l'intérieur d'un groupe verbal ou nominal ou même d'un mot (*aller.dings*, l. 120), elle produit des pauses remplies (*ähm*). Ces phénomènes, ainsi que les autocorrections et les ruptures que l'on trouve par la suite, montrent combien la mise en mots est difficile et quel effort la patiente doit fournir pour résoudre la tâche communicative qui consiste à décrire ses «troubles».

Ensuite il y a les traces d'un «traitement rétroactif» des énoncés déjà produits: ce sont d'un côté les procédés de reformulation[10] et de l'autre les procédés d'évaluation et de commentaire métadiscursifs[11]: La patiente reformule d'abord l'expression *störungen (troubles)*, qu'elle avait employée initialement et que le médecin avait déjà reformulée par *erscheinungen (apparitions)*, par *sinnestäuschungen (hallucinations)*, modifiant ainsi la version de son interlocuteur. Elle indique tout de suite par l'atténuateur *und ähnliches (et des choses comme ça)* que ce n'est pas forcément le terme approprié. A la demande d'explication du médecin (l. 125) elle fait d'abord un commentaire métadiscursif: *sinnestäuschungn (hallucinations) – das is immer sE:hr schwierig zu beschrElbm (c'est toujours très difficile à décrire*, l. 126*)*. Ensuite elle commence une explication qui comprend toute une série de reformulations auto-déclenchées, où chaque énoncé reformulateur devient un énoncé-source pour une nouvelle reformulation:

dann: hör ich: äh . .WOrte und geräusche verkehrt (129/130)
(alors j'entends des mots et des bruits complétement de travers)

also	***ich könnte sie dann nich verstehn (130)***
(c'est-à-dire)	*(je ne pourrais pas vous comprendre)*

---

9 Pour une systématisation des traces de la production discursive *cf.* Gülich & Kotschi (1987, 1995).

10 Selon l'approche de Gülich & Kotschi, les procédés de reformulation correspondent à une structure à trois composantes: un énoncé-source, un marqueur de reformulation et un énoncé reformulateur. Il s'agit là d'une conception assez large et assez technique de la reformulation; c'est une méthode (au sens ethnométhodologique du terme) qui se réalise sous forme de différents sous-types caractérisés par la meme structure.

11 Les procédés d'évaluation et de commentaire métadiscursifs correspondent à une structure à deux composantes: un énoncé-source et un énoncé évaluatif ou commentatif, *cf.* Gülich (1986) et Kotschi (1986).

müßte dann immer noch ein zwei mal nACHfragn, beVOR ich das so richtich verstehn kann' (130-132)
(je) devrais alors toujours redemander encore une ou deux fois avant que je puisse comprendre ça de façon adéquate

aber ***HÖr (...) was Anderes, . und manchmal immer ä dassElbe (132-133)***
mais *j'entends autre chose et parfois toujours euh la même chose*

aber **könnte das AUch wiederum nich WIEdergebm WAS . nun Anders is, (133-134)**
mais *je ne pourrais pas non plus expliquer ce qui est différent*

Mme Tolkow utilise surtout des paraphrases explicatives pour faire comprendre au médecin ce qu'elle ressent dans ces moments-là. A la fin de cet enchaînement de reformulations elle exprime une évaluation des phénomènes décrits (l. 138/140), et elle conclut par un nouveau commentaire métadiscursif (l. 141). Ainsi ces commentaires qui manifestent explicitement la difficulté de formulation servent de cadre à la série de reformulations par lesquelles la patiente exprime également cette difficulté et qui se combinent avec des hésitations et toutes sortes de phénomènes de réparations. Pendant toute cette séquence le médecin n'intervient pas, il confirme la patiente dans son rôle de locutrice principale par des continuateurs (*ja, hmhm*). C'est seulement quand elle a terminé qu'il s'assure de sa bonne compréhension par une demande de confirmation (l. 142); celle-ci déclenche une nouvelle séquence descriptive (qui n'a plus été citée ici), où la patiente présente une forme supplémentaire des troubles décrits auparavant et qui se termine également par un commentaire métadiscursif.

Tout ce travail de formulation qui se caractérise par des traces aussi bien de la mise en mots que du traitement rétroactif est déclenché par la locutrice elle-même, car c'est elle qui prend l'initiative de parler de certains troubles qui n'avaient pas encore été mentionnés auparavant. Le médecin l'encourage en lui donnant explicitement la parole pour décrire ces «autres troubles». Dans ce sens la description qui suit est hétéro-déclenchée, mais elle l'est à l'intérieur d'une séquence auto-déclenchée[12].

L'exemple de Mme Tolkow a permis de repérer un certain nombre de techniques typiquement mises en œuvre par les patients dans les descriptions de sentiments précurseurs ou de crises. Les extraits suivants serviront à com-

12 *Cf.* Apothéloz & Grossen (1995) qui soulignent l'importance des reformulations auto- et hétéro-déclenchées dans les entretiens thérapeutiques tout en tenant compe du fait que cette distinction devient difficile quand on analyse des séquences complexes.

parer le recours à ces techniques dans différents entretiens avec d'autres patients.

2.2 Modèles de description de la crise: étude comparative

Dans l'entretien avec Mme Reifen on retrouve les mêmes traces du travail de formulation qui ont été observées chez Mme Tolkow, mais on verra qu'elle utilise aussi quelques techniques supplémentaires. Son interlocuteur est un psychothérapeute dont le comportement conversationnel diffère de celui du médecin dans l'exemple (1).

Exemple 2: Mme Reifen

12 R: da is son seltsames gefÜhl dann im kopf' als ob ich . . . ,ja . . ich
j'ai comme une sensation étrange dans la tête comme si je . . . oui . . je
13 sEh schon noch alles aber ich bin doch nich mehr dA hab ich das gefühl ja'
vois encore tout mais je ne suis alors plus là j'ai l'impression oui'
14 . . [als
. . *[comme si*
15 T: . hm' [was sEhn sie dann noch'
. *hm [que voyez-vous encore*
16 R: . . ja ich sEh schon die umgebung nOch' aber aber irgendwie
. . *oui je vois encore tout ce qu'il y a autour de moi mais mais en quelque*
17 . hab ich das gefühl'
sorte . j'ai l'impression
18 T: . hm,hm'
. *hmhm*
19 R: . . ja ich bin woANders: . trotzdem, <lacht kurz> + . ja'
. . *oui que je suis ailleurs . quand même <petit rire> + . oui*
20 T: . können sie sagen . [m:] wO woanders oder wIE . woanders'
. *pouvez-vous dire . [m] où ailleurs ou comment . ailleurs*
21 R: . . weil in meinem kopf is son gefÜhl als ob ich .
. . *parce que dans ma tête il y a comme une sensation comme si j'étais .*
22 <schnalzt mit der zunge> + woanders . AUch wär, . . . <atmet aus> + O:h
<*claque la langue*> + *ailleurs . aussi . . . <soupir> + oh*
23 das geht so schlecht beschreiben <lacht kurz> +
c'est si difficile à décrire <petit rire>

<manque une séquence de quelques minutes>

31 R: das is wie . wie soll ich das beschreiben, . am besten nenn ich jetz n
c'est comme . comment dois-je décrire ça . au mieux je dirais maintenant
32 gewItter . wenn sie n gewitter haben, . wenn . oder kUrz vorm gewitter ja'
un orage . si vous avez un orage . si . ou juste avant un orage hein
33 T: hm,hm'
hmhm
34 R: . . da sehn die bäume noch genauso aus wie sonst
. . *alors là les arbres ont exactement le même aspect qu'ils ont normale-*
35 . und sie sehn doch ANders aus,
ment . et quand-même ils ont un aspect différent
36 T: . hm',hm'
. *hmhm*
37 R: als (e)s irgen(d)wie . die lAdung oder die spannung . die schon: .

comme si en quelque sorte . la charge ou la tension . qui déjà .
38 irgen(d)wie . (?die schon noch) . man merkt so(/ wenn n gewitter
en quelque sorte . (?qui encore) . on remarque de sui/ s'il va y avoir
39 kommt' als(o) Ich mErk das . . auf jeden fall'
un orage alors moi je remarque ça . . en tout cas
40 T: . hm,hm'
. hmhm
41 R: es is zwar . schaut noch alles genauso aus und doch hats nen andern
tout a encore exactement le même aspect et tout de même ça en a un
42 . . doch sch/ doch is des grÜn ANders grün ja'
autre . . mais déj/ mais le vert est autrement vert
43 T: hm,hm'
hmhm
44 R: wenn ichs so sagen darf ja' <leichtes Lachen>
si je peux le dire comme ça <léger rire>

La patiente répond ici à la question du thérapeute qui lui demande de décrire le début de ses crises. Elle décrit une impression assez déconcertante qu'elle qualifie elle-même d'«étrange» (*seltsam*) et qui consiste à ressentir en même temps deux sensations contradictoires. Cette présence simultanée est traduite par des structures syntaxiques qui opposent les deux perceptions contradictoires en les reliant par un connecteur adversatif:

je vois encore tout	*mais*	*je ne suis plus là* (l. 13)
je vois encore tout ce qu'il y a autour de moi	*mais*	*(...) je suis ailleurs* (l. 16-19)

Il y a donc un enchaînement de reformulations comme dans l'exemple (1), mais ici la locutrice reprend en plus la même structure syntaxique. A chacune de ces reprises l'interlocuteur demande des précisions, il prend donc une part très active à l'élaboration de la description qui apparaît ainsi davantage comme une co-construction. Pour Mme Tolkow on avait constaté qu'elle introduisait elle-même le thème de ses hallucinations et que la description des détails était souvent auto-déclenchée. Dans l'entretien avec Mme Reifen les nombreuses questions du thérapeute rendent la distinction entre auto- et hétéro-déclenchement plus difficile, mais ses efforts répétés de retravailler ses énoncés sont tout de même reconnaissables.

Mme Reifen – tout comme Mme Tolkow – insiste sur la difficulté de décrire ses sensations: Le premier commentaire métadiscursif (l. 23) apparaît après la première tentative de description; le deuxième (l. 31) sert à introduire une image, à savoir celle de l'orage, que Mme Reifen présente ainsi comme solution du problème de formulation auquel elle se trouve confrontée. Elle développe la métaphore en recourant encore aux structures adversatives:

les arbres ont exactement le même aspect (l. 34-35)	*et quand même*	*ils ont un aspect différent*
tout a encore exactement le même aspect (l. 41-42)	*et tout de même*	*ça en a un autre*
	tout de même	*le vert est autrement vert*

Un troisième commentaire métadiscursif qui souligne le caractère provisoire des formulations trouvées (l. 44: *si je peux le dire comme ça*) sert de clôture.

Les ressemblances entre les descriptions de Mme Tolkow et Mme Reifen sont considérables: On assiste chez toutes les deux à une mise en scène des difficultés de formulation à l'aide des mêmes techniques conversationnelles: les commentaires métadiscursifs concernant l'indescriptible, les reformulations et les atténuateurs (*quelque chose comme ça, en quelque sorte,* etc). En plus il y a de nombreuses hésitations, ruptures, autocorrections, changements de constructions qui accompagnent le processus de la mise en mots. Mais malgré les ressemblances on voit aussi qu'elles ont chacune leur structure préférée: Mme Tolkow recourt surtout à l'enchaînement de reformulations, tandis que Mme Reifen privilégie les métaphores et les structures adversatives. Le travail intensif de formulation qui se manifeste dans toutes ces techniques traduit la difficulté de trouver une description appropriée de la crise. Apparemment ces patientes ne présupposent pas – comme nous avons l'habitude de le faire dans nos conversations quotidiennes – que ce qu'elles ressentent soit accessible à leur interlocuteur. Il n'y a justement pas – ou peu – de savoir commun. Le médecin ou thérapeute dispose bien d'un savoir d'expert, mais apparemment le patient a du mal à lui communiquer ses expériences personnelles.

Evidemment il ne faut pas considérer ces traces des difficultés de formulation comme spécifiques au comportement verbal de patients épileptiques; on les retrouve dans les productions langagières d'autres locuteurs, on les retrouve plus ou moins chez tous les locuteurs qui doivent formuler spontanément. Ce qui nous semble pertinent, c'est l'usage spécifique que font les différents patients de ces techniques que nous avons tous à notre disposition.

Les observations précédentes se trouvent confirmées par de nombreux exemples dans d'autres entretiens de notre corpus. Mais nous trouvons également des cas où la réponse à la question de savoir comment se passent le début et le déroulement des crises prend des formes différentes, comme on le verra dans les exemples suivants:

Exemple 3: Mme Leysen

15 L: ich mein: ich kriegs halt nur erzählt wie=s aussieht und
je veux dire on me le raconte donc seulement comment ça se présente et
16 . . aber: . ich bi=ja kein Arzt, ich kann das nich <leicht lachend>
. . mais . ma foi je ne suis pas médecin je ne peux pas <légèrement riant>
17 beURteiln, +
en juger +
18 Dr: <7sec> mmh' <7sec> aber sie: . . mErken, sie . und <7sec> kriegn mit

<7sec> mmh' <7sec> mais vous . les ressentez . et <7sec> percevez ce
19 was davOr is' ,was d/ .danAch is' ,vielleicht auch manchma was dabEI is'
qui est avant ce qui est a/ .après peut-être aussi parfois ce qui est pendant
20 L: . . <EA> na:, dabei krie=ich einglich nIchts ,mit . . <Hüsteln> .
. . <EA> ben pendant je ne perçois à proprement parler rien . . <toussote> .
21 . ja ,aber vOrher . merk ich ja auch . GAr nichts' . . . öh . . .
. oui mais avant . je ne ressens donc . rien du tout non plus . . . euh . . .
22 (i)ch=weiß halt nur dass ich danach halt . sEhr . m/ mAtschich, bin <4sec>
je sais donc seulement qu'après je suis . très . rompue <4sec>

A la question du médecin qui concerne les sentiments précurseurs et le déroulement de la crise cette patiente répond seulement en soulignant d'une manière globale qu'elle n'en sait rien, ni de ce qui précède la crise, ni de ce qui se passe pendant (l. 20-21). Tout ce qu'elle sait lui vient des récits de témoins qu'elle ne développe pas; elle indique juste sous forme de discours rapporté une information assez vague (l. 15: *comment ça se présente*). En même temps elle se présente explicitement comme non-expert dans ce domaine (l. 16). Bien que le médecin insiste pour la faire parler, il n'y a chez elle aucun effort pour décrire ses crises.

L'exemple suivant montre bien une description minimale des sentiments précurseurs, mais celle-ci n'est tout de même pas comparable aux efforts que l'on pouvait observer chez Mme Tolkow et Mme Reifen:

Exemple 4: Mme Legan

9 Dr: können sie das vorgefühl mal schildern'
est-ce que vous pouvez décrire la présensation
10 L: . ja:, naßkalte hände wie so eben' . zittern am ganzen
. oui les mains froides et humides comme juste avant . tremblement de tout
11 körper . dann: . schweißausbrüche . schwindelgefühle . aufsteigen-
le corps . puis . une montée de chaleur . des étourdissements . une sensa
12 des gefühl vom magen
tion qui monte depuis l'estomac
13 Dr: . und wie lang dauert das'
. et combien de temps ça dure
14 L: . ja:, das fängt früh an' und hört abends auf,
. oui ça commence tôt (le matin) et ça s'arrête le soir

Contrairement à Mme Leysen cette patiente décrit les symptômes qui annoncent une crise, mais ce sont plutôt des sensations corporelles et elle les énumère sans hésiter, sans se reformuler, sans manifester aucune difficulté de formulation. Sa réponse à la question du médecin est brève; elle attend la question suivante du médecin (l.13) pour ajouter d'autres informations (en l'occurrence concernant la durée des sentiments précurseurs).

La différence dans l'usage des procédés de formulation est donc évidente: Au groupe de patients représentés par les exemples (1) et (2) qui se caractérise par un travail intensif de formulation s'oppose le groupe de patients représen-

tés par les exemples (3) et (4) qui ne fournissent pas ce type de travail. C'est la comparaison entre ces deux groupes davantage que les phénomènes eux-mêmes qui s'avère pertinente en rapport avec la maladie.

3. La description d'une période d'inconscience

> je savais qu'à partir du moment où j'avais l'envie d(e) tousser' . la période d'inconscience . commençait, . c'est-à-dire que si c'était une crise partielle' . au moment où on me parlait' . . je n'entendais pas . . ce qu'on me disait et (...) je ne me rapp(e)lais pas du tout de ce qu'on m'avait dit, (Philippe Clerc, ancien patient épileptique, au cours d'une émission télévisée, *cf.* note 1)

Une période d'inconscience telle que la mentionne ce patient est un élément caractéristique des crises dont souffrent beaucoup de patients.

L'inconscience n'est cependant pas un phénomène homogène. Quand on analyse les descriptions des patients, on voit qu'ils décrivent au contraire des formes très diverses: inconscience accompagnée d'un évanouissement physique, inconscience avec immobilité physique, continuation non consciente d'activités physiques. En outre, ils ne distinguent pas simplement «conscience» et «inconscience», mais ils décrivent aussi des états intermédiaires qui consistent en des perceptions fragmentaires des événements. Ce phénomène se manifeste entre autres dans des négociations qui concernent ces notions, et aussi dans l'emploi créatif que certains patients font de notions comme 'conscience' ou 'inconscience' afin de les adapter à ce qu'ils éprouvent. Par exemple un patient, Monsieur Länger, qualifie une phase de la crise qu'il a vécue comme *nicht so sehr bewusstlos (pas tellement inconscient)*, distinguant ainsi des degrés d'inconscience.

Il arrive aussi que les patients non seulement souffrent d'une absence de conscience mais en plus ne soient pas conscients du fait même qu'une telle absence ait eu lieu.

Ces phénomènes de conscience restreinte temporaire constituent un obstacle supplémentaire vis-à-vis de la tâche de décrire les crises. Les patients se trouvent confrontés au problème de décrire un événement ou un déroulement dont ils ne sont pas (entièrement) conscients mais dont les détails sont très importants. Dans l'entretien avec un médecin ou thérapeute, ils doivent alors gérer d'une manière ou d'une autre le problème du savoir lacunaire de l'événement.

L'extrait suivant montre de manière exemplaire comment certains patients s'y prennent:

Exemple 5: M. Igel

110 Dr: 'und wie sind sie jEtz, nochma ins kranknhaus gekomm
et comment étiez-vous encore entré à l'hôpital maintenant
111 I: Ich bIn' Obm' ,anner: . . da: ,beim tUrm hier vorne' . . gewEsn' . auf ein-
j'ai été là-haut à la . . là à la tour ici en haut . tout à
112 mal- . . hab=ich da jeLEgn, . hab nix jemErkt' . ,ich hab kein AUf-
coup . . j'étais couché par terre . j'ai rien senti . je ne me suis pas rendu
113 schlach gemerkt' gAr ,nix . . . ich mUss vOrne rüber . jekippt sein'
compte de la chute rien du tout . . . j'ai dû tomber la tête la première
114 und da war=n rAsn, oder was . . weil hier vOrne alles:
et là il y avait une pelouse ou quelque chose . . car ici sur mon devant
115 . rAsn, drauf war bei mir . . . un=dann g/ hat=n ÄLterer 'mAnn nebm
partout . il y avait de l'herbe . . . et puis g/ un homme plus âgé était à
116 mir gestandn' . . und der wollte schon grAde losrenn(en) zum [NAME
côté de moi . . et il voulait justement déjà courir au [NOM DE LA CLI-
117 DER KLINIK]' . . wollte ein(en) hOln . . un=in dEm moment' . (?da)
NIQUE] . . voulait chercher quelqu'un . . et à ce moment-là . (?là)
118 sAgt=er z/ Über . war knApp über zehn minutn, die=ich da jelegn habe,
il m/ dit plus . (c')était juste au-dessus de dix minutes que j'étais resté
119 . . und' dass=ich denn da verkrAmpft, gelegn hätte nicht gezIt-
étendu là . . et que j'aurais alors été là crispé je n'aurais pas
120 tert' ode [r sONstwas'
tremblé [ou autre chose
121 Dr: [den kAnntn, sie gar nich . da war
[lui vous ne le connaissiez pas (du tout) . il n'y avait là
122 [kEIner dabei: den sie kAnntn,
[personne que vous connaissiez
123 I: [nee den kAnnt=,ich gar ni den kAnnt=,ich gar nich . <EA> . ich hätte
[non je ne le connaissais pas je ne le connaissais pas . <EA> . j'aurais
124 sO verkrAmpft gelegn
été comme ça crispé
125 Dr: & warn sie allEIn ,da rumgelaufen
& vous aviez tourné autour seul là
126 I: ich war da Obm, allEIne,
j'étais seul là-haut
127 Dr: . ehe
. ehe
128 I: ich wAr so/ dAs' war so: . verkrAMpft ,war das . ich hätte ver-
j'étais comme ça/ c'était comme ça . crispé c'était . j'aurais été
129 krAMpft gelEgn' . . ja' . . .O:nt=,äh: . dann bIn ich (?a(ber) auch) wieder
crispé . . oui . . . et=euh . mais puis je me suis alors comme
130 so' . . so AUfgewacht un hab mich denn gewundert was ich denn da untn
ça . . comme ça réveillé et puis je me suis étonné de ce que je cherchais
131 sUche, [..] un(d)=auf dEn sein . rEdn hin' . und sowas alles' da hat er
là en bas [..] et sur son . dire (à lui) . et tout cela là il m'a alors
132 mich denn da hIngebracht,
conduit là

En réponse à la question du médecin, le patient, M. Igel, mentionne un événement de crise et se met à le raconter. Dans son récit, il communique de différentes manières qu'une absence de conscience a eu lieu: il indique une

discontinuité des événements et emploie une expression qui renvoie à un évanouissement soudain (l. 111/112), il formule explicitement son manque de perception, qu'il concrétise et reformule (l. 112/113), et il constate une inconscience précédente en mentionnant sa reprise de conscience (l. 129/130). Puis il se met à reconstruire ce qui s'est passé avec lui et autour de lui pendant qu'il avait perdu la conscience: d'une part, il déduit à partir d'indices ce qui a dû se passer alors qu'il n'en était pas conscient (l. 113-115); de l'autre, il fait appel à un témoin de l'événement qu'il cite sous forme de discours indirect afin d'ajouter à son propre rapport les éléments du déroulement dont lui-même n'avait pas connaissance.

Le problème d'une conscience temporairement restreinte signifie donc pour les patients une double tâche: premièrement, celle de communiquer au partenaire la manifestation même d'une telle phase, et deuxièmement, celle de combler la lacune, c'est-à-dire de décrire ce qui se passe pendant cette période en se référant à d'autres sources de savoir. Ils réussissent ainsi à donner un tableau plus complet du déroulement de leurs crises, aussi bien au niveau général qu'à celui d'une crise particulière.

Dans l'extrait que nous venons d'analyser, c'est le patient lui-même qui choisit de procéder à une telle activité reconstructive, sans que l'interlocuteur intervienne de manière décisive. Quoiqu'il réagisse à une question de l'interlocuteur, c'est tout de même lui qui choisit de répondre par un récit. La question n'en exigeait point, une simple information sur l'événement aurait pu être une réponse tout à fait satisfaisante. De même c'est de sa propre initiative que le patient procède à la reconstruction détaillée de l'événement; les rares demandes de précision de la part de l'interlocuteur (l. 121/122, 125) ne concernent pas les détails de la crise ni de l'inconscience, mais uniquement des détails situationnels.

L'extrait suivant par contre montre un cas où l'interlocuteur prend une part plus active à la (re)construction. La patiente en question, Mme Johannis, souffre de différentes formes de crise; elle vient d'en décrire la première puis est interrogée sur la deuxième:

Exemple 6: Mme Johannis

13 Dr: sie sagten ja . eingangs . sie würden zwei verschiedene formen unter-
vous disiez donc . au début . que vous distinguiez deux formes différentes
14 scheiden, und die eine' . ham sie grade beschrieben'
et l'une . vous venez de décrire
15 J: mhm' . . ja und das ANdere das sind so sekUNden blackouts, *mhm' . . oui*
et l'autre ce sont comme ça des blackouts de quelques secondes <8 sec>
16 <8 sec> wusst ich sElber einklich gAr nischt mehr . davon,
moi-même je ne savais en principe plus rien du tout . de ça

17 Dr: <5 sec> wie fängt das an'
<5 sec> comment est-ce que ça commence
18 J: . ja, . hm . . kein vorgefühl nIx . gAr nix, <7 sec> hm, . . ja
. oui . mh . . pas de signe précurseur rien . rien du tout <7 sec> mh . . oui
19 und dann dann ble/ also wIE ein und ausschalten, . <leiser> is das, + . . .
et puis puis (re?)/ donc comme allumer et éteindre . <plus bas> c'est + . . .
20 <räuspert sich> <6 sec> ja und die ANdren dinge die da: da
<raclement de gorge> <6 sec> oui et les autres choses qu'il y avait là. là
21 so gewEsen sind (...)
comme ça (...)
<manque une séquence de quelques minutes>
44 Dr: und der zwEIte da sagten sie ja der besteht eigentlich nur . darin
et le deuxième là vous disiez donc ça consiste en principe seulement . en
45 J: . . die die blackouts eben, also die die ich dann . dann nur von
. . les les blackouts quoi donc ceux que j'apprends alors . alors seulement
46 Andern . gesagt kriege
par d'autres
47 Dr: &die merken sie auch nich wenn sie abgelaufen sInd dass ihnen dann
& vous ne les réalisez pas après coup non plus qu'il vous manque alors un
48 son:: stück fehlt
bout
49 J: ein mal . hab ich=s gemerkt letztens . da ham mir dann n paar meter weg
une fois . je l'ai réalisé dernièrement . là il me manquaient alors quelques
50 gefehlt, . m:=unterwegs m:: <pustet aus> (e)s is eigentlich
mètres de chemin . m:=en route m:: <souffle> c'est à proprement
51 (?...) ja und mal nachts jetze, . vor paar tagen . da
parler (?...) oui et une fois la nuit maintenant . il y a quelques jours . là
52 wusst ich überhaupt nich was abgelaufen is
je ne savais pas du tout ce qui s'est passé
53 Dr: . . . da sind sie . jA, . wie war das'
. . . là vous êtes . oui . c'était comment
54 J: ja <lacht kurz> . ich hab mich dann jetzt sitzend auf=m bett wiedergefun-
oui <petit rire> . je me suis alors maintenant retrouvée assise sur le
55 den' und die <leicht im Lachen> nachtschwestern saßen neben mir' +
lit et les <légèrement riant> infirmières de nuit étaient assises à côté
56 . und ham mich nach=m zEUg gefragt aber ich wusst nich was .
de moi + . et m'ont interrogé sur des choses mais je ne savais pas ce qui .
57 was lOs war eigentlich . ich wär rUmgelaufen hamse gesagt dort un: und
ce qu'il y avait au juste . j'aurais tourné autour elles ont dit là et et j'aurais
58 hätte irgend welches zeug gequatscht
dit des balivernes
59 Dr: . ah=so ich hätte mir das so vorgestellt dass das praktisch nur ein . ne
. ah bon je me serais imaginé que ce serait en principe seulement un .
60 weile . rEglos sein, . . wäre . . was andern: nur auffällt
rester immobile . pendant un moment . . que d'autres remarquent seule
61 wenn sie mit ihnen im gespräch sind,
ment s'ils sont en conversation avec vous
62 J: ja dAs auch, als(o) das is meinem mAnn ja auch immer aufgefallen zu
oui ça aussi alors c'est ce que mon mari a donc toujours remarqué à la
63 hause, . er hat ja auch dann gedacht ich ich . tu ihm nich mehr zUhören,
maison . il a alors pensé que je je . ne l'écoutais plus
64 <10 sec>
<10 sec>

Mme Johannis désigne la deuxième forme de crise par une expression métaphorique (*des blackouts*), qu'elle reformule d'abord en indiquant un trou de mémoire (l. 16) et un peu plus loin en recourant à une autre image (l. 19). Interrogée sur le début de ces crises, elle répond par toute une série de négations (l. 18). Par les longues pauses à la suite de ses interventions ainsi que par le changement de sujet qu'elle effectue à la fin de l'extrait elle montre clairement que de son côté il n'y a rien d'autre à ajouter.

Quand le médecin, quelque temps après, revient à ce type de crise (l. 44), Mme Johannis désigne à nouveau celui-ci par l'expression *blackouts* qu'elle présente comme si celle-ci avait un sens précis et communément accepté. Dans une précision qu'elle ajoute tout de suite, elle indique de manière générale que les rapports de témoins lui servent de source d'information sur ses «absences», mais elle ne les cite pas. Une demande de précision sous forme de reformulation hypothétique de la part du médecin (l. 47/48) déclenche ensuite un bref rapport qui montre que pendant ces phases la patiente continue à être active sans en avoir conscience. Ensuite Mme Johannis renvoie à un autre épisode singulier, en soulignant de nouveau son propre manque de connaissance (l. 51/52). Ce n'est qu'à la demande de son interlocuteur qu'elle se met par la suite à reconstruire cet épisode.

L'interlocuteur constate alors une contradiction entre l'événement rapporté et l'idée qu'il s'était faite de ce type de crise jusqu'ici et qu'il formule par *rester immobile pendant un moment* (l. 59-61). Mme Johannis confirme alors que cela lui arrive aussi, illustrant ceci par un récit minimal qui rend compte des observations d'un témoin.

A partir de la notion de 'blackout' choisie initialement par la patiente, les participants développent ainsi interactivement une description de plus en plus détaillée de ce type de crise et de ce qui se passe dans les phases de non-conscience; et ils élaborent le fait que l'expression 'blackout' employée par la patiente couvre en fait des formes d'inconscience assez variées. Or, ces différenciations et concrétisations sont en grande partie dues aux interventions de l'interlocuteur qui – contre l'avis manifesté par la patiente que tout a été dit – déclenche sans cesse de nouvelles reformulations, conduit la patiente à raconter de nouveaux épisodes singuliers, expose sa compréhension du phénomène à une révision etc. Le médecin met ainsi en valeur l'expertise de

la patiente sur sa maladie et montre l'importance qu'il attache à ses descriptions subjectives[13].

La patiente, de son côté, par sa forme de description met l'accent tout à fait ailleurs, à savoir sur le «néant» ou le «vide» lui-même, c'est-à-dire sur l'impossibilité de se rendre compte des événements. Elle n'attribue aucune importance aux détails internes de telles phases ni à leur spécification: malgré cette élaboration interactive elle continue par la suite à employer le terme de *blackout* sans aucune précision. Il est vrai qu'elle a bien des choses à dire sur ses crises – l'interaction en témoigne – , mais elle ne traite pas ces informations comme pertinentes.

Cette tendance est encore plus nette dans le traitement de la période d'inconscience par Mme Leysen, la patiente citée dans l'exemple 3: Au cours de l'entretien entier, en dépit de toute tentative de l'interlocuteur de déclencher de nouvelles descriptions générales ou des récits de crises particulières, l'information sur les crises et les phases d'inconscience que le médecin obtient de la patiente reste extrêmement limitée; en somme elle ne va pas plus loin que dans la séquence citée qui provient du début de l'entretien.

Cet entretien présente donc un cas extrême étant donné que la patiente ne donne aucun détail sur les périodes d'inconscience. Néanmoins, il est tout à fait semblable à l'entretien avec Mme Johannis dans la mesure où les deux patientes accentuent avant tout leur manque de savoir. Toutes les deux mettent en relief le même phénomène: l'impossibilité de se rendre compte de ce qui se passe pendant une crise.

Dans les extraits que nous avons analysés jusqu'ici les patients, quand ils décrivent en détail leurs crises et reconstruisent les caractéristiques internes de la phase de non-conscience, s'efforcent de bien différencier les parties de l'événement dont ils ont eux-mêmes connaissance de celles qui ne sont pas accessibles à leur conscience et qu'ils sont amenés à reconstruire à l'aide d'autres sources. Ils mettent en valeur cette différence par le recours aux commentaires explicites et/ou par le mode de présentation des informations, traitant ainsi comme pertinente la distinction entre leur propre savoir et un savoir de seconde main.

---

13 Pour l'expertise des patients *cf.* Sarangi (2001) et Willems (1992).

Mais on observe aussi des cas où les patients reconstruisent verbalement un tel événement sans donner des indications spécifiques sur le mode de description. Ainsi en est-il dans l'extrait suivant:

Exemple 7: Mme Rapper

254 R: ich hatte dann den anfall' ich stand sEHr nah an dem . an der . bahnsteig-
j'avais la crise j'étais debout très près de la . du . bord du quai
255 kante' . hatte den anfall' das war ein stArker anfall' da hatt ich auch noch
. j'avais la crise c'était une crise violente à cette époque j'avais encore
256 andere anfälle' . . es waren alle <staccato> die mit dIEser bewE-
d'autres crises aussi . . c'étaient toutes <staccato> celles qui sont avec ce
257 gung sind' + . und dementsprechend wenn ich stEhe drEhe ich mich
mouvement + . et par conséquent quand je suis debout je me tourne
258 auch' und dann . knAllte ich da runter, . und hatte dann da ein gezapple'
aussi et puis . je tombais là vers le bas . je puis j'avais des frétillements
259 . und ‚äh:
là . et euh
260 Dr: was wa/ was sie sElbst auch mitgekriegt haben,
ce c/ ce que vous avez senti vous-même aussi
261 R: . nein, . sowas: [...] das sind ja: . nie und nimmer ‚äh etwas was ich so
. non . cela [...] ce sont . en aucun cas euh quelque chose que je
262 richtig <EA>
vraiment <EA>

En rapportant cet épisode de crise, Mme Rapper décrit entre autres ses propres activités physiques, ceci sans aucune indication spécifique. C'est alors que l'interlocuteur l'interrompt pour s'enquérir si la patiente a elle-même connaissance de ces détails. Il le fait sous forme de proposition affirmative hypothétique, ce qui prête à croire qu'il s'attend plutôt à une confirmation. C'est alors que la patiente nie cela avec véhémence (*en aucun cas*).

Ici, le fait qu'une phase d'inconscience se soit produite devient évident seulement par la question du médecin par laquelle il traite comme pertinent le problème de savoir exactement ce que la patiente vit consciemment, tandis que la patiente elle-même, par la forme de sa description attache plus d'importance à la nécessité d'une description précise qu'à l'identification des sources de l'information.

Le médecin semble poser la question des sources avec une certaine routine, même dans des cas où au premier abord ce point ne paraît pas litigieux; des interventions de ce type se trouvent fréquemment dans nos données. La tâche qui se pose au médecin par rapport au problème de conscience temporairement restreinte consiste donc à éliciter le maximum d'informations détaillées sur ces périodes tout en gardant en vue les différentes perspectives à partir desquelles les informations sont produites.

L'analyse des extraits d'entretiens qui a été présentée ici illustre déjà avec une certaine évidence les méthodes très variées mises en œuvre par les interlocuteurs dans la gestion interactive des périodes d'inconscience. On peut distinguer deux formes principales, en prenant surtout en considération la question quel aspect de la phase d'inconscience est focalisé, et le déclenchement des activités du patient. Comme nous l'avons vu, l'interaction mène parfois à des descriptions exhaustives, à des différenciations, etc., mais il importe de savoir si de telles descriptions plus riches sont produites à l'initiative des patients eux-mêmes ou bien à l'initiative de l'interlocuteur.

Il y a un premier groupe de patients qui en décrivant des périodes d'inconscience procèdent de leur propre initiative à une description exhaustive de telles phases, précisent différents aspects de cette période, tels que la durée ou la qualité, ou de leur propre état physique, allant jusqu'à modifier le lexique afin de le rendre plus approprié aux sensations spécifiques qu'ils éprouvent. Ils s'efforcent de remplir le trou dans le déroulement des événements dû au manque de conscience en mettant en œuvre différentes méthodes de reconstruction afin de donner un rapport aussi complet que possible de l'événement.

L'activité pertinente pour ces patients consiste donc à reconstruire ces périodes d'une façon aussi détaillée et précise que possible, à tel point que parfois le fait même qu'une inconscience se soit produite semble s'effacer. M. Igel et Mme Rapper (ex. 5 et 7) ainsi que M. Länger, le patient mentionné au début du chapitre, appartiennent à ce groupe.

Le deuxième groupe de patients manifestent des préférences assez différentes quand ils décrivent les périodes d'inconscience. Ils accentuent avant tout le fait de l'inconscience en soi, c'est-à-dire l'état d'ignorance totale dans lequel ils se trouvent eux-mêmes par rapport à ces périodes. Ils n'attachent aucune importance aux détails de l'état physique ou de la phase d'inconscience ainsi qu'à ce qui se passe pendant cette phase. On observe chez eux une tendance à recourir aux définitions plutôt qu'aux descriptions; des procédés de reconstruction sont plutôt rares.

Ce deuxième type de traitement des périodes d'inconscience se caractérise donc par (une préférence pour) une présentation globale ou sommaire de ces périodes. Il est représenté ici par Mme Johannis et Mme Leysen (ex. 6 et 3).

Dans les entretiens spécifiques qui constituent notre corpus – en contexte épileptologique, face à un médecin qui attache une importance primordiale à ce que les patients savent dire sur leurs propres crises – les patients se trouvent confrontés à deux exigences: premièrement, décrire leurs crises aussi

précisément et exhaustivement que possible et deuxièmement, les décrire dans une perspective subjective. Ces deux exigences entrent potentiellement en conflit quand il s'agit de décrire les phases non conscientes. Les deux types de construction interactive de telles périodes d'inconscience correspondent en principe à un choix des patients face à ces deux exigences.

4. Modèles de description et types de crises: pour une contribution de l'analyse linguistique au diagnostic médical

> (...) pour choisir le traitement adéquat, le médecin entreprend un «bilan»: un tel bilan ne nécessite pas obligatoirement des examens nombreux et couteux, il reste fondé sur un interrogatoire très détaillé du patient et de son entourage, sur l'examen clinique et sur l'examen complémentaire de première intention, l'électroencéphalogramme (EEG). La réalisation d'autres explorations n'est décidée qu'après ces premières étapes, indispensables, mais malheureusement souvent négligées ou mal réalisées, ce qui entraîne en pratique la réalisation fréquente d'examens inutiles (Genton & Rémy, 1996, p. 73).

Au «bilan» dont il est question ici nous aimerions ajouter l'analyse linguistique de l'«interrogatoire très détaillé du patient» qu'il faudra donc enregistrer et transcrire pour pouvoir reconstruire tous les détails de ses activités verbales et de l'interaction avec le médecin – voilà l'objectif principal du programme de recherche qui sert de cadre aux analyses présentées ici.

Les deux manières de procéder que nous avons illustrées ici de façon exemplaire – partir d'une structure linguistique ou d'un élément thématique – nous ont permis de constater des divergences assez évidentes dans les descriptions élaborées interactivement. Nous avons pu distinguer en effet comme résultat de chacun des deux types d'analyse deux groupes de patients:

- Pour les procédés de production discursive un premier groupe se caractérise par un travail intensif de formulation, quand il s'agit de décrire les symptômes précurseurs ou le déroulement des crises. L'autre groupe ne fournit pas ce travail, mais énumère simplement quelques symptômes ou mentionne plutôt les aspects situationnels de la crise.
- En ce qui concerne le traitement interactif de la période d'inconscience il y a d'abord le groupe des patients qui donnent de leur propre initiative une description détaillée et exhaustive de cette phase cruciale de leurs crises. Ces patients se distinguent nettement de ceux qui se limitent à une représentation globale et sommaire de la phase d'inconscience, en soulignant d'une manière indistincte leur manque de savoir et l'impossibilité de se rendre compte de quoi que ce soit.

Si l'on essaie maintenant de mettre en rapport ces 'modèles' de description avec les types de crises, en recourant aux techniques de diagnostic habituelles, on trouve que les deux groupes de patients qui se distinguent par le travail de formulation aussi bien que par le traitement de la phase d'inconscience correspondent à deux groupes qui se distinguent également par la nature des crises dont ils souffrent. Le premier groupe de patients qui se caractérise par un travail intensif de formulation correspond à celui qui donne une description exhaustive des différents degrés d'inconscience: ce sont tous des patients avec des crises épileptiques, en l'occurrence des crises partielles[14]. Le deuxième groupe – les patients qui ne manifestent aucun travail de formulation et qui donnent une description globale de la période d'inconscience dans son ensemble – correspond à ceux qui font d'autres types de crises, donc des crises non-épileptiques; il s'agit en général de crises causées par une dissociation mentale.

D'autres phénomènes observables dans notre corpus pourraient également servir à illustrer la différence entre les descriptions de crises de ces deux groupes de patients. Il n'est pas possible de les détailler ici, mais nous mentionnerons à titre d'exemple les métaphores, les négations et les silences, les séquences narratives (quand le point de départ sont des structures linguistiques) et le thème de la peur ou de l'angoisse, la mise en œuvre de techniques individuelles pour arrêter ou pour éviter une crise, le premier topic introduit par le patient après la question initiale du médecin (quand le point de départ est un élément thématique). Nous nous limiterons ici à indiquer la tendance qui semble se manifester de plus en plus clairement: nous retrouvons la distinction entre les deux groupes de patients (épileptiques et non-épileptiques) dans les façons divergentes de recourir aux métaphores, d'utiliser des structures narratives, de thématiser des techniques d'évitement de crises etc. (*cf.* Schöndienst, 2001).

Il faut préciser que notre équipe effectue les analyses linguistiques sans connaissance du diagnostic; nous recourons au dossier du patient seulement après l'analyse. Mais il faut dire aussi que, dans de nombreux cas, nous avons à faire à des patients avec un diagnostic incertain, pour lesquels justement le «bilan» est resté incomplet pour différentes raisons. Dans ces cas compliqués – plus exactement: dans tous les cas où le type de crises n'a

---

14 En ce qui concerne la différence entre crises partielles (ou focales) et crises généralisées, nos recherches ne sont pas encore assez avancées pour pouvoir identifier un comportement verbal typique qui servirait à différencier ces deux types d'épilepsies.

pas encore pu être déterminé – il nous semble tout à fait indiqué d'exploiter les résultats de l'analyse linguistique pour contribuer au diagnostic différentiel. Car si les résultats que nous avons pu obtenir jusqu'à présent se trouvent confirmés, on doit pouvoir conclure du comportement linguistique du patient au type de crises dont il souffre. On arriverait ainsi à une deuxième étape de la recherche linguistique: Si la première servait à découvrir les traits caractéristiques du comportement verbal des patients, à les comparer entre eux et à dégager les combinaisons typiques et les structures préférées dans les descriptions de crises pour ensuite les mettre en rapport avec les types de crises connus, la deuxième étape consisterait, au contraire, à prendre ces structures préférées comme point de départ, à les étudier dans l'entretien et à les intégrer dans le «bilan d'une épilepsie» (Genton & Rémy, 1996, ch. 6) au même titre que l'électroencéphalogramme, le scanner cérébral, l'imagerie par résonnance magnétique et les autres examens. Dans certains cas, la réalisation d'autres examens pourrait s'avérer inutile, lorsque l'analyse linguistique présenterait suffisamment d'éléments décisifs; dans d'autres cas, l'analyse linguistique pourrait aider à formuler des hypothèses concernant la cause des crises, dans d'autres encore elle servirait à poser des questions plus spécifiques concernant d'autres examens, par exemple à viser plus précisément certaines parties du cerveau quand on envisage une scintigraphie, etc.

Finalement, si l'analyse linguistique de telles descriptions sert à contribuer à une meilleure écoute du patient et à prendre au sérieux les symptômes subjectifs qu'il décrit, cela présenterait sans aucun doute déjà un intérêt considérable.

Une réflexion méthodologique pour terminer: Si une étude conversationnelle comme celle que nous avons esquissée ici permet de poursuivre des objectifs dans le domaine médical, il ne faut pas oublier les objectifs à l'intérieur de l'analyse conversationnelle: L'étude d'un corpus comme le nôtre ne constitue pas simplement un domaine d'application original ou peu commun, mais elle présente aussi un enjeu théorique important – ou peut-être même un défi méthodologique – qui consiste à développer un modèle général pour décrire la formulation à l'oral, c'est-à-dire par exemple pour élaborer une typologie des techniques qui sont à notre disposition pour résoudre des problèmes de formulation. C'est un travail qui oblige le linguiste à s'interroger sur sa méthodologie[15], et qui pose le problème des relations entre l'analyse conversationnelle

15 *Cf.* Apothéloz & Grossen (1995) qui mènent le même type de réflexion pour l'analyse des reformulations dans les entretiens thérapeutiques.

et le contexte social des conversations étudiées, qui pose également le problème des objectifs de l'analyse conversationnelle et de leur relation avec les objectifs poursuivis dans une autre discipline, en l'occurrence l'épileptologie. C'est grâce à cet objectif qu'un travail de recherche comme celui-ci dépasse largement le cadre particulier des épilepsies.

BIBLIOGRAPHIE

Apothéloz, D., & Grossen, M. (1995). L'activité de reformulation comme marqueur de la construction du sens: réflexions théoriques et méthodologiques à partir de l'analyse d'entretiens thérapeutiques. *Cahiers de l'ILSL, 7*, 177-198.

Beach, W. A. (2001). Lay diagnosis. *Text 21, 1/2* (Special issue).

Furchner, I. (sous presse). «Keine Absence gleicht der anderen». Darstellung einer Bewusstseinslücke in Anfallsbeschreibungen. In G. Brünner & E. Gülich (éds), *Sprechen über Krankheiten*. Bielefeld.

Genton, P., & Rémy, C. (1996). *L'épilepsie*. Paris.

Gülich, E. (1986). «soûl c'est pas un mot très français». Procédés d'évaluation et de commentaire métadiscursifs dans un corpus de conversations en 'situations de contact'. *Cahiers de Linguistique Française, 7*, 231-258.

Gülich, E., & Furchner, I. (sous presse). Die Beschreibung von Unbeschreibbarem. Eine konversationsanalytische Annäherung an Gespräche mit Anfallskranken. In I. Keim & W. Schütze (éds), *Soziale Welten und kommunikative Stile. Festschrift für Werner Kallmeyer zum 60. Geburtstag*.

Gülich, E., & Kotschi, T. (1987). Les actes de reformulation dans la consultation «La dame de Caluire». In P. Bange (éd.), *L'analyse des interactions verbales. La Dame de Caluire: une consultation*. (pp. 15-81). Bern.

— (1995). Discourse Production in Oral Communication. A Study Based on French. In U. Quasthoff (éd.), *Aspects of Oral Communication*. (pp. 30-66). Berlin / New York.

Gülich, E., & Mondada, L. (sous presse). Analyse conversationnelle. In G. Holtus, M. Metzeltin & Ch. Schmitt (éds), *Lexikon der Romanistischen Linguistik*. Tübingen.

Gülich, E., & Schöndienst, M. (1999). «Das ist unheimlich schwer zu beschreiben». Formulierungsmuster in Krankheitsbeschreibungen anfallskranker Patienten: differentialdiagnostische und therapeutische Aspekte. *Psychotherapie und Sozialwissenschaft. Zeitschrift für Qualitative Forschung, 1(3)*, 199-227.

Heath, Ch. (1992). The delivery and reception of diagnosis in the general-practice consultation. In P. Drew & J. Heritage (éds), *Talk at work. Interaction in institutional settings*. (pp. 235-267). Cambridge.

Janati, A. *et al.* (1990). Correlative study of interictal electroencephalogram and aura incomplex partial seizures. *Epilepsia, 31*, 41-46.

Janz, D. (1969/1997). *Die Epilepsien. Spezielle Pathologie und Therapie*. Stuttgart.

Kotschi, T. (1986). Procédés d'évaluation et de commentaire métadiscursifs comme stratégies interactives. *Cahiers de Linguistique Française, 7*, 207-230.

L'indicible et ses marques dans l'énonciation (1998). Numéro spécial de *LINX* (= Revue des Linguistes de Paris X – Nanterre). Sous la direction de Jean-Jacques Franckel et Claudine Normand. Paris.

Mondada, L. (1999). L'organisation séquentielle des ressources linguistiques dans l'élaboration collective des descriptions. *Langage et Société, 89*, 9-36

— (2000). *Décrire la ville. La construction des savoirs urbains dans l'interaction et dans le texte*. Paris.

Palmini, A., & Gloor, P. (1992). The localizing value of auras in partial seizures: A prospective and retrospective study. *Neurology, 42*, 801-808

Sarangi, S. (2001). Editorial: On demarcating the space between 'lay expertise' and 'expert laity'. In W. A. Beach (éd.), *Lay diagnosis*. (pp. 3-11).

Schöndienst, M. (2001). Zur Differentialdiagnose nächtlicher anfallsartiger Störungen. Apparative *vs.* kommunikative Möglichkeiten der Diagnostik. *Aktuelle Neurologie, 28* (Supplement 1), 533-536.

Willems, D. (1992). Susan's breathlessness. The construction of professionals and laypersons. In J. Lachmund & G. Stollberg (éds), *The social construction of illness. Illness and medical knowledge in past and present*. (pp. 105-114). Stuttgart.

Wolf, P. (1990). Wohin geht die Liga? *Epilepsie, 89*, 15-23 (29. Jahrestagung der deutschen Sektion der internationalen Liga gegen Epilepsie 21.-23.9.1989, Reinbek).

— (1994). Aura interruption: how does it become curative? In ders. (éd.), *Epileptic Seizures and Syndroms, With Some of their Theoretical Implications*. (pp. 667-673). London.

Wolf, P., Schöndienst, M., & Gülich, E. (2000). Experiential auras. In H. O. Lüders & S. Noachtar (éds), *Epileptic Seizures. Pathophysiology and Clinical Semiology*. (pp. 336-348). New York.

Wooffitt, R. (1992). *Telling tales of the unexpected. The organization of factual discourse*. Harvester Wheatsheaf.

Annexe: Conventions de transcription

La transcription respecte les règles de l'orthographe du français avec les exceptions suivantes:

- dans le corps de la transcription, on utilise en principe les minuscules; les majuscules indiquent une intensité accrue;
- aucun signe de ponctuation ne garde sa valeur habituelle; tous sont utilisés comme signes diacritiques;
- des écarts par rapport à la norme orthographique peuvent servir à transcrire des particularités de l'articulation.

/	rupture perceptible de l'énoncé sans qu'il y ait pause
.	interruption très courte dans un énoncé ou entre les énoncés de deux interlocuteurs
..	pause courte
...	pause moyenne
(x sec)	pause de x secondes
&	enchaînement rapide
=	liaison ou absence de rupture remarquable
haut' 'haut	intonation montante/ attaque haute
malade, ,malade	intonation descendante, attaque basse
MALIN ROsé Bar	accentuation d'un mot / d'une syllabe / d'un son
oui: et::: n:on	allongement d'une syllabe / d'un son
(en)fin a(l)ors	articulation relâchée
(? toi aussi)	transcription incertaine
(? .....)	(partie d'un) énoncé incompréhensible
<bref> +	commentaire du transcripteur; précède l'énoncé et reste
<souriant> +	valable jusqu'au signe +
<EA> <AA>	inspiration / expiration
/pf/ /dakoa/	transcription phonétique
A bon[jour Jean *	chevauchement: le début est marqué par des parenthèses
B [salut *	angulaires, la fin éventuellement par les astérisques

BEST COPY AVAILABLE

Expert and lay formulation of «normality» in genetic counselling[1]

Srikant SARANGI
Cardiff University, Health Communication Research Centre; sarangi@cardiff.ac.uk

Dans cet article, j'étudie la façon dont les notions de «normalité» et d'«anormalité» sont produites et (re)définies interactionnellement, en les traitant comme une des façons dont les acteurs gèrent les incertitudes aussi bien sociales que biomédicales dans le contexte du conseil en génétique. Puisque de nombreuses prédispositions génétiques sont présymptômatiques, une grande partie de l'échange durant le conseil porte sur les chances qu'a la personne d'être affectée par une maladie génétique dans le futur, même si au moment de l'entretien celle-ci elle est tout à fait «normale».

Sur la base de réflexions issues de la littérature philosophique et sociologique sur les différents sens que peut prendre la notion de «normalité», entendue comme «typique, ordinaire», comme «non-déviante, non-pathologique» ou encore comme «idéale, désirable», je montre comment ces sens peuvent s'imbriquer dans des explications génétiques à propos de formes d'héritage ou d'attribution de labels diagnostiques. Je suggère que les cliniciens comme les patients glissent constamment d'un sens à l'autre: alors que les clients développent un raisonnement ordinaire qui donne sens à l'absence de normalité, les cliniciens tentent d'équilibrer différents types d'évidences, basées sur les résultats cliniques, les tests de laboratoire, ou l'histoire familiale pour arriver à une décision diagnostique.

1. Introduction

In many societies and communities, the idea of seeking medical attention presupposes a dichotomy between the normal and the abnormal/pathological. A form of self-diagnosis accompanied by «lay» accounts of «not being well» is the precursor to seeking «expert» help, although one can find different degrees of «lay expertise» with which patients narrate their illnesses in and out of clinical settings (Sarangi, 2001). At a societal level, Parsons (1951) proposed the notion of «sick role» as opposed to the «social roles» to explain the patient's «exemption from normal responsibilities to society». For him (1951, p. 477), «illness is, in one of its major aspects, to be defined as a form of deviant behaviour». We have here a theoretical formulation of illness as absence of health, and by extension, a juxtaposition of deviance and norm which lies at the heart of a theorisation of the social order. In other words, the absence of health at the individual level can and does become social

1 This article is based on my ongoing research in risk communication in genetic counselling, funded by The Wellcome Trust and The Leverhulme Trust. I am grateful to Lorenza Mondada, Angus Clarke and Kristina Bennert for their helpful comments on an earlier version of the article.

Bulletin suisse de linguistique appliquée
No 74, 2001, 109-127 • ISSN 1023-2044

© 2001 Institut de linguistique
Université de Neuchâtel

problems. The biomedical and the social thus become intertwined in the definition and management of illness. As Twaddle (1973, p. 753) puts it:

> Medical definitions of disease constitute a special type of social deviance. The norms applied are socially defined with respect to biological functioning. Judgements are made as to whether or not the organic processes exceed permissible limits... if so, it is judged that a pathology is present, the individual in question is sick (i.e., deviant) and should be subjected to the controls of a therapeutic regimen.

The social-theoretical and biomedical interest in normality and deviance can easily be mapped onto our everyday, lived experiences of health and illness. Doctors and patients alike invoke these concepts and make them locally relevant in their accounting practices. In communicative terms, the patient brings his/her abnormal/pathological body/self to the clinic, narrates the symptoms that may have caused the abnormal state and hopes for medical intervention so as to return to normality and assume social responsibilities. As far as the physician is concerned, s/he follows routine elicitation procedures to take the history of the presenting condition with a view to identifying what is non-normal. A diagnostic label to classify the condition is deemed to be essential for both doctors and patients before embarking on any treatment / intervention measures. In the biomedical paradigm, it is possible for the physician to even create a label of «nondisease» and define a state of non-illness – i.e., formulations indicating that an individual does not have such-and-so – while also accommodating incorrect diagnoses and the possibility of false positives (Meador, 1965).

In the context of genetic counselling – which is my focus of discussion here – and many other allied health and social care settings in the contemporary society, the Parsonian notion of the «sick role» – or what constitutes normality and abnormality – becomes problematic. In this article I wish to explore the extent to which normality/abnormality is formulated differently by genetic counsellors and their clients in the clinical setting. I consider genetic counselling as a critical site for the study of how normality/abnormality is locally produced and (re)defined as a way of dealing with uncertainties in both biomedical and societal spheres of activity.

The clinical activity – whether leading to disease or non-disease states – takes the form of a ceremonial order (Strong, 1979) consisting of the following phases: history-taking, physical examination, diagnosis and treatment. Genetic counselling as an activity type, however, differs from the mainstream medical encounters – both in terms of structure of interaction and content (Sarangi, 2000; Sarangi, in press). History taking in genetic clinics, for instance, follows

a significantly different course. Mainly structured around information on family trees, it pervades the entire counselling process. Patients tend to volunteer information, especially about affected and unaffected family members much more than is the case in mainstream doctor-patient encounters. Also, what constitutes physical examination in genetic counselling, which may or may not be undertaken in the clinic, is different. Similarly, diagnosis (even after physical examination) and treatment phases may be absent altogether, since for many genetic disorders there is no available treatment, and in some cases even a diagnosis is not possible. Indeed much of genetic counselling work is around prognosis, risk assessment and coping and these aspects are reflected at the interactional level. In many ways genetic counselling is a hybrid activity type (Sarangi, 2000), which has some family resemblance with other counselling discourses involving HIV/AIDS, divorce mediation, family planning, etc (Candlin and Lucas, 1986; Erickson and Shultz, 1982; Greatbatch and Dingwall, 1999; Labov and Fanshel, 1977; Perakyla, 1995; Silverman, 1997). It is worth pointing out that many of the genetic conditions are presymptomatic, i.e., one talks about the risk of being affected in the future although they may be quite normal at the time of attending the clinic. The genetic status of an individual is often characterised as being a carrier, or being affected, or where a diagnosis is possible, as having the condition. Even in the latter case, when a diagnosis is possible, the exact onset and the nature of illness is far from clear. In other words, uncertainty about future risk is a rather normal phenomenon in the activity of genetic counselling.

2. The different meanings of «normality» in sociological and philosophical thinking

The concepts of norm and normality have a long and complex genealogy. They have engaged the minds of Foucault and Durkheim in their attempts to explain social order and change (see, for example, Foucault's accounts of sexuality and mental illness and Durkheim's accounts of suicide and anomie). Durkheim (1964) uses the analogy of health as normal and disease/morbidity as not only pathological, but also accidental and deviant. To quote Durkheim (1964, pp. 55-56):

> We shall call «normal» these social conditions that are the most generally distributed, and the others «morbid» or «pathological». If we designate as «average type» that hypothetical being that is constructed by assembling in the same individual, the most frequent forms, one may say that the normal type merges with the average type, and that every deviation from this standard of health is a morbid phenomenon.

As we can see, normality is not only to be conceived of as an either/or contrast, but also as a form of evaluation which involves scales and measurements based on averages, aggregates and patterns of distribution.

The height and weight chart used for measuring children's growth rate is a good example of how normality is constructed with reference to an aggregate. As Armstrong (1995, p. 396) puts it:

> Each line marked the «normal» experience of a child who started his or her development at the beginning of the line. Thus, every child could be assigned a place on the chart and, with successive plots, given a personal trajectory. But the individual trajectory only existed in a context of general population trajectories: one child was unique yet uniqueness could only be read from a composition which summed the unique features of all children. A test of normal growth assumed the possibility of abnormal growth...

Statements (e.g., about normal growth) are based upon observations made in the past, with the assumption that such frequencies will hold for the future. The Foucauldian notions of surveillance and governance are implicit in such institutional/professional gaze as a mode of social control. Here we can see several meanings attached to the notion of normal: normal as typical/usual; normal as distinct from abnormal/pathological; and normal as desirable or what ought to be.

It is not an overstatement to claim that normality spans all aspects of social life. The Durkheimian famous statement – «crime is normal because a society exempt from it is utterly impossible» (1964, p. 67) – implies both the typical/usual sense and the abnormal/pathological sense, because crime is logically implied in the social type, i.e., «it is bound up with the fundamental conditions of all social life» (1964, p. 70). In every society, despite the existence of normative rules, there will be crime, although it is not desirable.

Hacking (1990, 1996) is one of the major writers to have traced, historically, the notion of normality in medical and social sciences. For Hacking (1996, p. 61), normal is a «metaconcept, or a second-order concept ... [in] that it does not apply directly to individual things or living beings at all ... until we append a first-order concept, such as 'child'». He goes to suggest that «The adjective «normal» has a clear meaning only in conjunction with a noun phrase: a normal five-year-old» (1996, p. 61). According to him «normal» is both a descriptive notion and an evaluative notion. In the above example, «a normal five-year-old» is both descriptive and evaluative: the features of a normal five-year-old are identifiable as belonging to a group, while being distinguishable from what can be categorised as non-normal. Normality always involves a comparison (Smith, 1978) – a frame of reference against which professionals

and clients describe and evaluate a given state of affairs (see Sarangi and Clarke, 2002a, on the notion of contrast). The typical/usual sense of normal is perhaps more descriptive than evaluative, but the other two senses (e.g., pathological and desirable) are very much evaluative and prone to intervention measures – something which can be made normal through intervention. In what follows I focus on how these three different meanings of «normal» become intermeshed in genetic explanations concerning patterns of inheritance and (non)attribution of diagnostic labels.

3. Formulation of risk and normality in explanations for genetic inheritance

A number of studies in the healthcare setting have examined the interplay of risk and normality: how nurses recontextualise statistical risk information in lay terms for patients to make sense of their own situations (e.g. Adelsward and Sachs, 1996, 1998; Lauritzen and Sachs, 2001) and how midwives have to balance risk talk with reassurance talk when interacting with expectant mothers (Bredmar and Linell, 1999). In the context of prenatal diagnosis, Rapp (1988, pp. 148-149) draws our attention to the technical and invisible nature of the scientific vocabulary of risk, and goes on to suggest that «'statistics' implies an abstract mathematical universe that may not be shared by clients»: «counsellors are caught between the need to sound authoritative and the desire to «glide on the patien's wavelength», as one counsellor described the situation» (1988, p.151).

The notions of risk and uncertainty are intrinsic to counselling about genetic inheritance. Assessment of inheritance risk as 50:50 based on family pedigree is commonplace for many autosomal dominant conditions. In fact, genetic risk explanation centres around the notions of «normal» genes and «faulty» or «altered» genes. The following example is typical of how genetic counsellors explain the cause of genetic disorder. The case involves a parent who is concerned about the genetic status of his two sons[2]:

---

2 I will use the following transcription conventions: dots or numerical between round brackets denote pause; texts within double round brackets are glosses; square brackets signal overlaps; equal sign (=) means latching; extended colons stand for lengthened sound; underlined words suggest emphasis, and untranscribable segments are signalled by [^^^^^]. The participants have been anonymised and abbreviated as: GC = genetic counsellor; AM = adult male; PM = parent male; PF = parent female; C/AM = child/adolescent male.

Example 1

01 GC: you have a normal copy of the gene (.) and an altered copy of the gene (.) and the altered copy is the one that's causing the problems (.) .hhhh even though you've got a normal copy (.) and (.) for some reason that we not- we don't understand fully (.) the problem lies with the fact that you have one altered copy of a gene (.) that's what's causing the problem. the- but- (.) the problems basically (.5) .hhhhhhhhhh that means that ehm (.) because you've got one altered copy and one normal copy of the gene you could pass on either copy to your children

02 AM: =right

03 GC: =okay (.) .hhhh ehm and if they- they had the altered copy then they would- develop the condition themselves (.) .hhh so they are at eh a one-in-two chance (.) basically

04 AM: fifty-fifty (.5)

05 GC: like tossing a coin (I don't know) it's completely random. (.5) I mean whether which gene they- which copy of the gene they inherit (.) .hhhhh and so it could be that neither of them have inherited the altered copy, one of them has or both of them have and we- you know there's no (.) no rules to that basically

06 AM: =right (.) (tats) is there any way of telling ^^^^^^^^^

07 GC: =right (.) the::::::re (.) we are able to do (.) to look at the altered- to look at your genes and look to see if we can find any alterations in it (.) .hhhh ehm (.) and if we can find alterations, if we can find the alteration in your gene,

08 AM: =mmh

09 GC: = then we could check your children as well

We can notice in the above how genes are labelled as normal and altered[3]. This kind of labelling is deliberate to the extent that it does not identify the person as diseased or being ill. The carrier of a faulty gene is also a carrier of a normal gene. So, s/he is susceptible to certain genetic disorders, although there are no current symptoms to warrant this. It is the simultanous co-existence of the normal gene and the altered gene in their presymptomatic state that is given as the cause of future uncertainties (turn 5). A possible, though minimal, intervention is the offer of a test (turns 7-9). The disclaimer – «we don't understand fully» (turn 1) – prepares the ground for the counsellor to announce various possible scenarios that defy a definitive explanation of what might happen (turn 5). When it comes to inheritance, the carrier «could pass on either copy to children» or «neither of them have inherited the altered copy» or «one of them has», or «both of them have». Uncertainty is central to this prognosis («like tossing a coin») and «there's no rules to that», «it's completely random». Against this climate of uncertainty, a sense of risk is not only implied, but it is upgraded as «fifty-fifty» or «one-in-two chance». Disclaimers about expert knowledge (turns 1, 3-6) and assessment of probability go hand in hand with uncertainty about future risk (Sarangi and

3 Other terms used to refer to faulty or altered gene are mutant, mutated, bad copy, pathological, disease-causing, etc (Clarke, personal communication).

Clarke, 2002b; Sarangi, 2002). However, GC is still able to formulate his expertise in announcing what might be regarded as a «normal» risk figure of fifty-fifty or two-in-one[4]. A relatively more definitive statement about inheritance patterns can only be made after the testing of AM and his children for exact markers and alterations.

Although the notions of risk and normality are a common thread in genetic counselling, these terms may not figure explicitly in many sessions. This can be seen in the following example concerning a mother with a history of miscarriages who wants to test her son for the faulty gene:

Example 2

PF: obviously he's totally unaware of the miscarriages or anything like that anyway (.) ehm::::: (.) its just to see what the risks (.) well how do I say well not really the risks what's the word I'm looking for (.) what the
chances of him being a carrier are (.) you know what the odds of him being a carrier are really

Implicit in the mother's preference for words such as «chance» and «odds», instead of «risk», is a notion of normality. The son in question is normal now as far as his genetic status is concerned. He can even remain normal if tested positive as a carrier, although there will be a 50/50 «chance» of his transmitting the gene to his children. His current lack of awareness about his mother's miscarriages also helps to sustain a normal state of affairs in the family, which does not require a genetic explanation. Clinical expertise in these circumstances involves making decisions about (not) offering genetic tests for diagnostic, carrier or predictive purposes.

4. (Non)attribution of normality/abnormality in genetic diagnostic reasoning

Typically, patients/clients come to genetic counselling with a referral from their GPs (General Practitioners), although there exists the possibility of self-referrals. The referral letters can be vague and unspecific, so the opening phase of many genetic counselling sessions is devoted to clarifying the clients' purpose of attendance and their main concerns. A GP's role in the referral process is routinely talked about: GPs are generally characterised as someone who have detected something «abnormal» in their patients but they

4 This reading of «normal as typical» is based on substantial ethnographic work in the clinic, where both counsellors and clients display their basic understanding of genetic inheritance risk figures as 50:50. On many occasions, clients orient to this risk figure as given knowledge and seek more specific assessments of their situation in light of other intervening variables.

have held back a genetic explanation for such «abnormal» state of affairs. Let us consider some examples of how GPs» concerns are formulated in the opening phases of genetic counselling.

Example 3

GC: Dr X has asked you to come here because he was a little worried about CF's speech

GC: Dr Y has given me a description of CM's problems

GC: your family doctor sort of (.) prompted that 'coz we hadn't done it yet (1.0) and we (1.0) uh (1.0) and (.) he was (1.0) u:h (.) really asking (1.0) u:h (1.0) to see if we'd come to any (1.0) diagnosis as to the cause of ((C/AM's)) problem (1.0) and t- to see if we'd any (1.0) chromosome tests done (1.0)

In all the formulations above, GCs acknowledge the expertise of GPs as far as problem identification is concerned. In formulating certain phenomena as «problems», a notion of normality is presupposed. This is a first step towards medicalisation, which can then be followed by classification (e.g., a genetic diagnosis if available) and intervention (e.g., a predictive test)[5]. Although the GPs in question have been able to notice problems, they fall short of dealing with them (in terms of classifying and treating the problems) and so refer their patients for the specialist's attention. As we can see, GCs tend to characterise GPs» understanding of the genetic make-up of the problems as rather limited. Expressions such as «he was little worried», «he gave me a description», «he was really asking» imply a sense of uncertainty as well as a lay understanding of genetics on the GPs' part, which inevitably prompted the referral to genetic counselling.

The final episode above extends as follows and this is the consultation I shall analyse in detail in the rest of the paper[6]:

Example 4

01 GC: [it] was the fact that the GP wrote to us (.) was that because
(1.0) something had happened to [trigger that]
02 PM: [no that] was because um (1.0) she knew somebody who
presented with similar problems to ((C/AM)) [(1.0)] and I be:lieve she sort of=
03 GC: [right]
04 PM: =tried to put two and two together and say well I know a young
lad who's got (0.6) very similar (0.5) tendencies to this other person who's got Prader-Willi (who had it) and they wanted to do a a double=

---

5 More generally, de Swaan (1990) refers to the process of classifications and conceptions of troubles as problems as «the professionalisation of the client». He also draws our attention to the phenomenon of «protoprofessionalisation» whereby certain types of clients are able to appropriate the professional stance and jargon (see also Sarangi and Slembrouck [1996] for parallel notions of «professional clients» and «expert clients»).

6 I am very grateful to Lucy Howell for access to the transcribed data for this case study.

05 GC: [right]
06 PM: =check I presume

Here PM attributes to the GP some form of expertise in noticing a problem pattern – perhaps simply by association («she sort of tried to put two and two together», turn 4) – which required further medical investigation and a specialist explanation. PM's remark «they wanted to do a double check I presume» (turns 4-6) serves as an euphemism for referral to this specialist clinic. The clinic is attended by C/AM – who is a male adolescent of eighteen years of age with developmental problems – his parents (PM and PF), the GC and the Nurse (N). C/AM had undergone a test earlier which showed no sign of Prader-Willie[7], but in a separate assessment outside genetics, he has been diagnosed as being autistic. It is this diagnosis which has prompted the current visit to the genetics clinic.

Example 5

01 GC: there's a a test that's been developed since then (0.5) that is probably slightly better (0.5) not hugely better (.) but a bit better (0.5) and (0.5) so (0.5) if that (0.5) I (.) mean I I don't I don't think ((C/AM)) has Prader-Willi (0.5) I mean just from (1.0) uh [from his] from observing him and his =
02 PM: [observing him]
03 GC: = features and so on so (.) so I probably wouldn't have [(1.5) gone =
03 PF: [no I think uh the main thing that came into it] was that small hands =
04 GC: = back to that]
05 PF: = (.) small feet which I believe is (.) one of the [symptoms (.) yes =
06 GC: [that's that's yes (1.0) yeah]
07 PF: = (1.0) you] know and uh (.) he's quite a big boy and [(1.0)] (we feel =
08 GC: [yeah]
09 PF: = it's all to do with it) [(.)] yeah so uh like I said it seemed to be all =
10 GC: [yes]
11 PF: = there [(.)] and um
12 GC: [right] yeah I think it's worth [(1.0) it's] worth checking out (.) as =
13 PF: [yeah we wanted it checked out]
14 GC: = fully as as possible
[6 turns omitted]
20 GC: so we can get it done very quickly anyway even if it hasn't been done [(0.6)] and then let you know what that shows =

---

7 Prader-Willi syndrome is a condition characterised by floppiness in infancy and then delayed development, learning problems and excessive appetite leading (often) to severe obesity. Genetic testing for this condition is now highly accurate, whereas in recent past only 60-65% of cases could be confirmed on laboratory testing.

21 PF: [right]
22 GC: = but (.) but I don't (.) I don't I really don't think he does have it (1.5) and the test we did last time would have shown most people with it (.0 (would have shown up) (.) mostly (0.6) um (.) and and it (.) y- know so (.) but it it's worth (0.6) [checking out these things further as bet- =
23 PF: [oh yeah (.) (something on your mind get it checked out)]
24 GC: = as better tests come]

We have here the different senses of normality played out by the parents and the GC and this is accomplished by drawing upon their different domains of expertise. In turns 4-5, PF resolutely claims that the small hands and feet are symptoms which are need of a diagnostic classification (see turns 9-13, «it's all to do with it», «it seemed to be all there», «we wanted it checked out»). Note that PF also goes on to characterise the small hands and feet as abnormal in light of C/AM being quite a big boy (turn 7). So, we have here two layers of description and evaluation: C/AM is quite a big boy in comparison to other boys in his age range and that his hands and feet are small in light of his big physique. In other words, the «small hands and feet» and «he's quite a big boy» are regarded by parents as not normal in the typical/usual sense (turns 3-7). GC takes these descriptions into consideration but initially hesitates to upgrade these as clinical evidence for a diagnosis or as a basis for intervention (in the sense of offering the new test)[8].

For the parents (PM and PF), a new developed test is likely to be seen as an integral part of an expert system and so a further test result would appear the normal way to proceed. For the genetic counsellor, though, a laboratory test is one of many possible ways of verifying symptoms – an important factor being the clinical anatomy of the smallness of hands and feet which can legitimise the administration of a test. It is worth noting GC's clinical stance here which is formulated as «from observing him and his features and so on ... I probably wouldn't have gone back to that» (turns 1-4). In turn 22, GC makes it clear that «the test we did last time would have shown up most people with it» if there was a problem. Here «mostly», «most people with it» imply the usual/typical sense of normal. In contrast with the parental normalisation and desirability of the new test, GC seems to be normalising the earlier test and the earlier test results. This reluctance on GC's part is legitimated through his clinical assessment of the presenting physical problems which do not fit the Prader-Willi syndrome. Overall, we notice that what the parents take as usual

8 For many genetic conditions, the clinical assessment (based on physical traits, pedigree details etc) may or may not be confirmed by laboratory-based genetic tests. This may explain why GC agrees to go along with a new test even if he has doubts about a diagnosis of Prader-Willi.

symptoms for Prader-Willi is discounted by GC in this particular instance in that they fall short of a genetic explanation in the clinical sense: «I don't think he does have it» (turn 22). Despite this absence of clinical evidence, however, GC is happy to go along with the new laboratory-based test as part of routine procedure (cf. turns 12 and 22-24).

The parents continue with their case:

Example 6

01 GC: when I was going back (1.0) through things (.) I think (.) I think it was (1.0) doctor ((name)) (.) you very first saw in ninety four who noted down something about club feet
02 PM: that was virtually as soon as he was born when uh (.) to be quite honest people didn't know what they were on about in those days (.) as far as ((C/AM's)) concerned [(.)] they didn't know for the first month (.) =
03 GC: [right]
04 PM: = that his knees were (.) all wrong
05 PF: he had plasters put on his feet as s- th- the day after he was born (.) to try and [(1.0) fetch them round] you now (.) and he's
06 GC: [correct the shape of the feet] okay but the but the plastering (.) was all because of the (1.0) or the
07 PM: because when he was born we'll go right back to the start [when he] =
08 GC: [yeah]
09 PM: = was born (1.0) he was born (.) and he presented with two deformed (1.0) legs and feet (2.0) in other words they were turned round backwards [(1.0)] they put him in plaster (.) to try and fetch his feet =
10 GC: [yeah]
11 PM: = (1.0) into a normal position [(1.0)] and then they realised that [(2.0)] also (.) his knees were (.) deformed as well (.) but they =
12 GC: [yep] [it wasn't the feet]
13 PM: = didn't realise that straight away [(1.0)] so they carried on
14 GC: [right]
15 PM: = correcting his feet (1.0) and after they got his feet round the right way (.) they then started on his knees

GC opens this sequence with an explicit reference to the diagnostic entry in the medical records («the doctor you very first saw in ninety four who noted down something about club feet», turn 1). In the following turn PM challenges the expertise of the doctors who saw C/AM when he was a baby and then goes on to formulate an extreme case scenario (Pomerantz 1986): that C/AM's «feet and knees were all wrong» (turn 4), «he presented with two deformed legs and feet» (turn 9), «they were turned round backwards» (turn 9). Embedded here is the usual/typical sense of normal, i.e., C/AM's feet are reported as unusual/untypical. However, C/AM's abnormal knee and feet positions are also formulated in a pathological frame, which necessitated intervention so as to put them right. PM recruits the voice of the medical

profession to endorse this pathological reading. Note however that he refers to the doctors as «people [who] didn't know what they were on about in those days». In a sense, the medical expertise is undermined and the intervention is represented in unspecific terms when formulated as «try to fetch them [his feet] around» (turn 5) as compared with GC's more exact formulation:»[to] correct the shape of the feet», turn 6). This intervention is evident in the «plasters put in his feet» in order to bring them «into a normal position» (turn 11). The dichotomous pathological/normal framing is accomplished through a carefully planned premise/consequence pair (turns 7-11):

> When he was born he presented with two deformed legs and feet. In other words they were turned round backwards.
>
> They put him in plaster to try and fetch his feet into a normal position.

The discussion then shifts to C/AM's more recent physical problems.

Example 7

01	GC:	so about (.) ((C/AM)) physically (.) is there anything else (.0) any other problems he's had anything else that (1.0) um [(1.0) in the last few =
02	PM:	[no it's just that his main problem] his main problem is he's put on =
03	GC:	= year]
04	PM:	= so much weight (1.0) but when you (1.0) I'm not trying to make excuses for him but if you like me to already told you (.) in the last three years he's broken his femur (.) every [year] [(1.0) well if you're]
05	GC:	[mhm]
06	N:	[(^^^^^^ exercise)]
07	GC:	several months without exercise
08	PM:	exactly yeah (1.0) and there's nothing (.) else to do (.) other than (.) eat basically
09	GC:	yeah
10	PF:	and he can't do a lot of exercise (.) right now (.) but uh (.) he's when he's in plaster for four to six months at a a time just sitting [(0.6)] you =
11	GC:	[yeah]
12	PF:	= know it's just the weight has piled on (1.0) you know and =
13	GC:	= yeah
14	PM:	that is our main concern at the moment is his (.) his weight (.) coz obviously (.) he's like I say he's eighteen and a half he's eighteen stone and that (.) can't be good to (.) anybody [(1.0)] but he can't exercise
15	GC:	[no]
16	PF:	the worst part I find is that it's (.) gathered really on his chest
17	N:	does he get breathless at all
18	PF:	no he's pretty good (.) you know
19	PM:	he doesn't get breathless or anything because he's unable to (1.0) run he can't run (.) so he won't get out of puff like that [(.)] um he (2.0) can't =
20	N:	[no]

GC's question in turn 1 – «is there anything else any other problems he's had» – and the subsequent response by PM in the negative in turn 2 point to a restatement of what constitutes the «main problem». It is apparent that PF and PM appeal to everyday reasoning in order to explain C/AM's overweight: the cause is lack of exercise for several months (turn 7) and this lack of exercise is caused by the fact that «he's in plaster for four to six months at a time» (turn 10). This has a normalisation flavour to it which is achieved through a strategy of generalisation: gaining weight under these circumstances can happen to any one (see the use of the second person pronoun «you» in turn 4, and the formulation «that can't be good to anybody» (turn 14) when referring to C/AM's current weight). In fact, the expression «the weight has piled on» (turn 12) captures the law-like inevitability of the overweight situation. From the parental perspective, this accounting does not lend itself to a possible pattern of genetic inheritance/diagnosis, although small feet and hands were earlier offered as essential candidates for Prader-Willi (see example 6). However, C/AM's weight (eighteen stones) at his current age (eighteen and a half) is announced as a matter of concern and this prompts the question about breathlessness from the nurse (turn 17). N's query about breathlessness may be seen as a first step towards the medicalisation of C/AM's excess weight, which may or may not lead to a diagnostic label and/or treatment. As far as PM and PF are concerned, the overweight is posed as neither normal, nor pathological – in the sense that no medical intervention is necessary. The assumption is that if C/AM were to do routine exercises again, the problem will subside. What is striking though is PF's mention of the weight gathered on C/AM's chest (turn 16). The implication here is that even in comparison with other overweight children of C/AM's age there is something unusual about the distribution of fat. The deviation from the «normal» is thus accomplished through a comparative frame of reference, first implicitly in relation to other eighteen-and-a-half-year-olds, and now explicitly in relation to distribution of fat in C/AM's body. This prompts GC to undertake a physical examination.

My final example below follows immediately after the physical examination.

Example 8

01 GC: right (1.0) well (2.0) I think the (.) I know the tests we had before (1.0) failed to show any chromosomes problem or Prader-Willi syndrome and the (.) the newer test he's just had done (1.0) uh (.) also does <u>not</u> show the Prader-Willi [(1.5)] u:h (.) so (.) so we don't have a (.) proper =
02 PF: [mhm]
03 GC: = explanation for why ((C/AM)) has the problems he has
04 PF: mhm

05 PM: are we talking about physical problems or [mental problems] (.)
both
06 GC: [both] I suppose I'll be looking (.) what
07 PM: 'coz like I said he (1.0) th- this team as I explained to you in
there (1.0) they have come up with that he has [(1.0)] autism (.) but he's
in =
08 GC: [has autism]
09 PM: = the the lighter area of it he's not in the (.) apparently it works
on a scale from black to sort of (1.0) through grey into cream and then
into (.) to [white] (1.0) and he's sort of at the top end
10 GC: [right] right I (1.5) I suppose I'd look on (.) um autism as (.) uh a
way of describing a pattern of behaviour [(1.5)] which you could have
for =
11 PM: [mhm]
12 GC: = lots of different reasons (1.0) so (.) uh (.) so it's a it's a
diagnosis in a sense (.) from the point of view of people looking at his
behaviour (1.0) but it's not an explanation for (.) why he's (.) got that as
a pattern of behaviour (.) if that makes sense so it's [(.)] yeah
13 PM: [mhm] but it does (1.0) help [((PF))] to a certain extent that now
when =
14 GC: [sure]
15 PM: = people when she's out shopping or something [(.)] um [(.)]
people =
16 N: [mhm]
17 GC: [yeah]
18 PM: = tend to look and if you go (.) you know (1.0) what's the matter
or have you got a problem they say well what's the matter with him like
[(.)] at least now you can turn around and say [(1.0)] he [has] (.) =
19 N: [yeah] [yeah]
20 GC: [he has this]
21 PM: = so and so (.) whereas [before there's] well (.) sorry we don't
know
22 N: [(it's a name) mhm
23 GC: yeah (1.5) yeah I s- I s- if say Prader-Willi had been found (.)
then I suppose we'd be saying that he (.) had autism (.) in association
with [(.) Prader-Willi]
24 PM: [yeah yeah] which makes it easily easier for ((PF))
[12 turns omitted]
36 GC: I mean I'm not in a position to add to that if I can give (1.0) a (.)
an extra diagnosis as well [(1.0)] to uh account for it (1.0) th- there are =
37 PM: [mhm]
38 GC: = a few things (1.0) um (1.0) you know examining him then that
(.) I suppose I h- hadn't been (1.0) aware of before (.) as as with his breasts and so
on (1.0) so (1.0) um (1.0) I mean I'll (1.0) (1.0) think with one or two colleagues
about (.) could some of those physical (.) problems he's had with the knees and the
ankles and (.) um some of the other things that have developed since could they fit
into a pattern at all (1.0) uh (2.0) and if (.) uh (1.0) hhh. If we are able to think of a
pattern they fit into (.) then I'll get back in touch over the next couple of months

At the start of this episode, GC confirms his earlier suspicion that C/AM does not have the Prader-Willie syndrome. His clinical judgement is now being supported with laboratory-based evidence, i.e., results from the new test (see

example 5 above). In the rest of the interaction there is some demystification of cause and symptoms. PM recruits the voice of other professionals to characterise the exact nature and degree of autism C/AM has: «he's in the lighter area of it», «he's sort of at the top» (turn 9). Autism is conceived of in terms of a scale, and this allows for an exact specification of C/AM's condition in relation to other autistic children/adolescents. In turns 10 and 12, GC acknowledges the diagnosis of autism, but he goes on to separate autism as a recognisable «pattern of behaviour» from possible explanations «for why he's got that as a pattern of behaviour». Although C/AM's parents had come to see if the diagnosis of autism could be backed up through a genetic explanation, GC makes it clear that they are two separate things: «if say Prader-Willie had been found then I suppose we'd be saying that he had autism in association with Prader-Willie» (turn 23). It is worth noting the hypothetical passive construction «if Prader-Willie had been found» which points to the outcome of laboratory-based test results, but it also underlines his suspicion about C/AM having Prader-Willie on the basis of presenting clinical evidence.

GC's explicit mention of «his breasts» in turn 38 is particularly significant here. What the parents had referred to as excess fat on C/AM's chest (see turn 16, example 7), GC reinterprets (following the physical examination) as breast tissues at an earlier point in the interaction (not cited here). This may be seen as a pathologising stance which can lead one towards a possible diagnosis. The development of breast tissues in men, for instance, can be taken as a marker of genetic predisposition towards Prader-Willie. We see features of uncertainty and disclaimer of expertise on GC's part in turn 38. Individualised expertise gives way to collegial brainstorming – to move away from causal explanations towards possible associations and thinking about a pattern – which is somewhat different from the GP's putting «two and two together» in a kind of guesswork (see example 4 above). Normality is to be conceived of in terms of shared patterns of physical and mental conditions and such deliberations need to have the endorsement of a community of practice. Noticing a pattern and attributing it a label does not necessarily constitute expertise. Indeed the term «pattern» can be problematic. In the general medical context, a noticeable pattern of behaviour does not routinely call for a genetic causal explanation. Within genetics, however, patterns may be looked for within a syndrome and at the level of what is called «genetic expression».

A further aspect to normality – which is explicitly alluded to by the parents in this example (turns 13-22) – relates to what counts as normal in the social realm[9]. As far as shopping and other outdoor activities are concerned, abnormality of any sort becomes a normal object of public gaze. Therefore a diagnostic label for C/AM is what is required to normalise PF's interactions with strangers in these circumstances: at least when «PF's out shopping» she can «turn around and say he [C/AM] has this» (turns 18-20). A diagnostic label is being actively sought by the parents which would constitute an essential part of C/AM's social identity. So any reluctance on the part of the profession to give a diagnosis ultimately denies the patient (here C/AM) and his parents (PM and PF) «normal» participation in the sphere of social interaction. A medical diagnosis and explanation is clearly regarded by PM as desirable in preference to saying «sorry we don't know» (turn 21).

At one stage in the consultation (not shown here), the discussion also covers C/AM's academic performance in the new school. Both parents are pleased with what C/AM has been able to achieve in the new school – especially learning to read and write better than what he was doing in the previous school. According to PF, this progression is accomplished through a contrast device: «because it wasn't presented to him correctly before in a way that he could understand it». Implied here is a blaming of the old school which did not intervene correctly. In other words, it carried out its teaching «in the normal way» (in the usual/typical sense) rather than targeting it to the needs and abilities of C/AM – which perhaps required an orientation in a pathological sense. As far as the parents are concerned, the new school is more interventionist in comparison with the old school in bringing about «normal» (in the sense of «desirable») educational outcomes. We have here the use of «normal» in the sense of what the specific expectations should be for a non-normal group as opposed to the imposition of external «norms» on an already disadvantaged group.

5. Conclusion

Categorisation of illness – with or without accompanying treatment – appears to be the hallmark of the connection between medical practice and social practice, and more generally, between the biomedical order and the social

---

9 In genetic counselling, it is possible to distinguish between three different but inter-related realms – personal health, reproduction choices and social relations – where normality applies in different degrees (Clarke, personal communication).

order. The premises upon which normality and deviance are categorised can manifest themselves as potential tensions both within and across the healthcare profession and between healthcare professionals and their clients. From a professional standpoint, a proper diagnosis is desirable in the management of the normal biomedical order (so that the condition can be treated and the person can function normally). From clients' perspective, a proper diagnosis is also of vital importance for undergoing treatment, and in the absence of such treatment options at least for the maintenance of the social order (so that the parents can go shopping and respond appropriately to strangers' gaze).

Another tension in the interpretation of normality which my analysis has pointed to has to do with how professional and parental perspectives may not only differ in degree but also in kind. For clients, «normality» is mainly a first order concept (see my earlier discussion of Hacking in section 2): they interpret small feet and hands as direct evidence for absence of normality. Whereas for genetic counsellors, normality remains a second order concept in that small feet and small hands need to be assessed in relation to what is or is not categorisable as candidate features of the Prader-Willie syndrome. This clinical mentality then accounts for uncertainty in diagnosis – unlike the clients looking for a dichotomous normal/pathological explanation of the presenting «symptoms». It is evident that geneticists' explanations about inheritance and diagnosis are different from what clients often expect about genetic conditions. This tension can be extended to account for the differences between geneticists and GPs-as-lay-geneticists: while GPs can notice and identify different patterns of behavioural or anatomical phenomena, it is the geneticists who have the expertise to offer an explanation of why something is or is not genetically linked.

It seems that, in genetic counselling, unlike other medical encounters, normality is very much used in the sense of typical/usual rather than in a pathological sense. The moral sense – in terms of guilt – is a significant matter in cases of reproduction decisions – which I have not attended to here. It is the presence or absence of a genetic explanation which becomes a marker of difference in the way normal/abnormal is accounted for by genetic counsellors vis-à-vis other parties.

REFERENCES

Adelsward, V. and Sachs, L. (1996). The meaning of numeracy and normality in health information talks. *Social Science & Medicine, 43, 8,* 1179-1187.

— (1998). Risk discourse: recontextualisation of numerical values in clinical practice. *Text, 18, 2,* 191-210.

Armstrong, D. (1995). The rise of surveillance in medicine. *Sociology of Health and Illness, 17, 3,* 393-404.

Bredmar, M. and Linell, P. (1999). Reconfirming normality: The constitution of reassurance in talks between midwives and expectant mothers. In S. Sarangi and C. Roberts (eds), *Talk, Work and Institutional Order: Discourse in Medical, Mediation and Management Settings.* (pp. 237-270). Berlin: Mouton de Gruyter.

Candlin, C. N. and Lucas, J. (1986). Interpretations and explanations in discourse: modes of «advising» in family planning. In T. Ensink et al (eds), *Discourse Analysis and Public Life.* (pp. 13-38). Dordrecht: Foris.

De Swaan, A. (1990). *The Management of Normality.* London: Routledge.

Erickson, F. and Shultz, J. (1982). *The Counsellor as Gatekeeper: Social Interaction in Interviews.* New York: Academic Press.

Hacking, I. (1990). *The Taming of Chance.* Cambridge: Cambridge University Press.

— (1996). Normal people. In David R. Olson and Nancy Torrance (eds), *Modes of Thought: Explorations in Culture and Cognition.* (pp. 59-71). Cambridge: Cambridge University Press.

Labov, W. and Fanshel, D. (1977). *Therapeutic Discourse: Psychotherapy as Conversation.* Orlando, FL: Academic Press.

Lauritzen, S. O. and Sachs, L. (2001). Normality, risk and the future: implicit communication of threat in health surveillance. *Sociology of Health & Illness, 23, 4,* 497-516.

Meador, C. K. (1965). The art and science of nondisease. *New England Journal of Medicine, 272,* 92-95.

Parsons, T. (1951). Social structure and dynamic process: the case of modern medical practice. In T. Parsons, *The Social System.* (pp. 428-479). Glencoe, IL: Free Press.

Perākyla, A. (1995). *AIDS Counselling: Institutional Interaction and Clinical Practice.* Cambridge: Cambridge University Press.

Pomerantz, A. (1986). Extreme case formulations: a way of legitimising claims. *Human Studies, 9,* 219-229.

Rapp, R. (1988). Chromosomes and communication: the discourse of genetic counselling. *Medical Anthropology Quarterly [New Series], 2, 2,* 143-157.

Sarangi, S. (2000). Activity types, discourse types and interactional hybridity: the case of genetic counselling. In S. Sarangi and M. Coulthard (eds), *Discourse and Social Life.* (pp. 1-27). London: Longman.

— (2001). On demarcating the space between «lay expertise» and «expert laity». *Text, 21, 1/2,* 3-11.

— (2002). The language of likelihood in genetic counselling discourse. *Journal of Language and Social Psychology, 21,* 1.

— (in press). Communication in genetic counselling. In D. N. Cooper (ed.), *Encyclopaedia of the Human Genome.* London: Nature Publishing Group.

Sarangi, S., and Clarke, A. (2002a). Constructing an account by contrast in counselling for childhood genetic testing. *Social Science & Medicine, 54, 2,* 119-132.

— (2002b). Zones of expertise and the management of uncertainty in genetics risk communication. *Research on Language and Social Interaction, 35,* 2.

Sarangi, S. and Roberts, C. (eds). (1999). *Talk, Work and Institutional Order: Discourse in Medical, Mediation and Management Settings.* Berlin: Mouton de Gruyter.

Sarangi, S. and Slembrouck, S. (1996). *Language, Bureaucracy and Social Control*. London: Longman.

Silverman, D. (1997). *Discourses of Counselling: HIV Counselling as Social Interaction*. London: Sage.

Smith, D. (1978). «K is mentally ill»: the anatomy of a factual account. *Sociology*, *12*, *1*, 23-53.

Strong, P. (1979). *The Ceremonial Order of the Clinic*. London: Routledge.

Twaddle, A. C. (1973). Illness and deviance. *Social Science & Medicine*, *7*, 751-762.

L'expertise médicale comme discours public: le débat sur la procréation médicalement assistée

Alain BOVET
Université de Fribourg, Département Sociologie et Médias, Miséricorde,
CH-1700 Fribourg; alain.bovet@unifr.ch

This paper proposes an ethnomethodological analysis of medical experts' interventions in a radio debate. As talk-in-interaction, these data could be accounted for by sequential analysis. But this kind of analysis might miss the fact that the debate is organised about a controversial public issue (medically assisted procreation), and in the prospect of a political event (a national referendum). The purpose of this paper is to show that these dimensions are practically oriented to by the participants in the conduct of the debate. The notion of «action device» will be used to describe the categorisation practices through which the issue and the political context of the debate, as well as the radio interaction itself, are accounted for. The analyst's task is to empirically describe how the sequential ordering of talk is oriented to these «action devices». This approach suggests a possible contribution of interaction analysis to a sociological understanding of public debates.

Introduction

Cet article vise à rendre compte des relations entre l'énonciation d'un savoir scientifique et un contexte de débat public. Cette problématique sera abordée par le biais de la discussion publique qui en février et mars 2000 a entouré la votation nationale sur l'initiative populaire «pour une procréation respectueuse de la dignité humaine». Cette initiative proposait d'interdire la procréation en dehors du corps de la femme, ainsi que l'utilisation de gamètes de tiers à des fins de procréation[1]. De nombreux experts médicaux sont intervenus publiquement, pour ou contre l'initiative. Cet article portera sur un débat radiophonique consacré à l'initiative; l'accent sera porté sur les contributions à ce débat de deux médecins, l'une favorable, l'autre opposé à l'initiative.

Cette analyse s'inscrit dans une approche praxéologique de l'espace public[2]. Il s'agit de montrer ici que l'intelligibilité locale de ces discours experts présuppose leur articulation à une description du problème en question (la procréation médicalement assistée) d'une part, et d'autre part à un cours

---

1 L'initiative populaire est une procédure propre à la démocratie semi-directe suisse. Elle repose sur le droit civique de collecter des signatures sur un projet de modification de la Constitution. Si le projet est reconnu comme légal par le Parlement, il est ensuite soumis au peuple et aux cantons suisses. L'initiative «pour une procréation respectueuse de la dignité humaine» a été rejetée par plus de 70% des votants et par l'ensemble des cantons suisses le 12 mars 2000.

2 *Cf.* Cefaï (1996).

Bulletin suisse de linguistique appliquée
No 74, 2001, 129-148 • ISSN 1023-2044

© 2001 Institut de linguistique
Université de Neuchâtel

d'action publique (la votation sur une initiative populaire). Dans une perspective ethnométhodologique[3], l'enjeu consiste à démontrer empiriquement que cette triple articulation est accomplie et reconnue dans la conduite même du débat radiophonique. Cette visée implique de conjuguer l'analyse de l'interaction et celle des pratiques de catégorisation. A cet effet, il s'agit de documenter l'émergence interactionnelle de trois «dispositifs d'action» (la technique médicale en question, le cours d'action politique et le débat radiophonique) et de spécifier leur articulation située. La notion de dispositif d'action renvoie aux modes de description d'un cours d'action dont le déploiement fait émerger et rend pertinentes des catégorisations.

En d'autres termes, cette étude visera à rendre compte de l'accomplissement discursif de l'*accountability* (au sens de disponibilité et d'observabilité) de la catégorie d'expert médical au cours d'un débat radiophonique occasionné par une votation sur un objet particulier. Pour ce faire, j'analyserai dans un premier temps l'introduction et la présentation du débat par le journaliste; dans un second temps, j'examinerai dans quelle mesure le travail de catégorisation établi à l'ouverture est structurant pour les interventions des deux experts à d'autres moments du même débat[4].

1. La mise en *places* du questionnement

Voici l'introduction du débat, qui succède au générique musical ouvrant l'émission[5].

journ1 bonsoir le/ saviez-vous\ depuis ce jour de mille neuf cent septante huit où louise brown\ premier bébé éprouvette vint au monde six cent mille enfants sont nés de la fécondation in vitro sur la planète\ . et la petite suisse n'est pas en reste/ avec chaque jour deux/ bébés qui naissent de la procréation médicalement assistée la fameuse pma . une technique qui a fait ses preuves/ à voir\ puisque le douze mars seuh prochain/ vous serez appelés à vous prononcer sur une initiative populaire\ elle vise à interdire/ toute procréation artificielle/ effectuée hors du corps de la femme . en clair elle vise à . ce que soit interdit LE don de sperme et la fécondation in vitro\ initiative disproportionnée/ disent les uns . initiative qui permettrait d'éviter les abus <et les apprentis ((bas))> sorciers disent les autres/ forum rentre dans la mêlée/ et ouvre le débat en compagnie de ghila zoutter présidente d'azote liquide/ <une association

---

3 Garfinkel (1967).

4 La rédaction de ce texte a bénéficié de nombreux commentaires. Je remercie en particulier Michel Barthélémy, Esther González Martinez, Lorenza Mondada, Marc Relieu, Cédric Terzi et Jean Widmer.

5 Il s'agit de l'émission Forum de Radio Suisse Romande-La Première, du 23 février 2000. Cette émission quotidienne consistait alors en un débat de quarante minutes sur un thème d'actualité, de 18h20 à 19h00.

destinée à soutenir les couples stériles/ ((bas et rapide))> . pascale della santa MEdecin favorable à l'initiative\ rené lizek médecin-gynécologue spécialiste en procréation médicalement assistée et à fribourg le père dominicain roger berthouzoz professeur d'éthique et de théologie morale à l'université de fribourg\ ((musique))

Je vais tenter d'analyser l'ordre, ou plutôt les différents ordres de sens institués par ce long tour de parole introductif. Je le ferai en m'appuyant sur sa séquentialité interne, notamment indiquée par des ruptures prosodiques, donc en le découpant en plusieurs extraits.

Extrait 1

1	journ1	bonsoir le/ saviez-vous\ depuis ce jour de mille neuf cent
2		septante huit où louise brown\ premier bébé éprouvette vint au
3		monde six cent mille enfants sont nés de la fécondation in
4		vitro sur la planète\ . et la petite suisse n'est pas en reste/
5		avec chaque jour deux/ bébés qui naissent de la procréation
6		médicalement assistée la fameuse pma .

La première partie de l'extrait (1-4) s'adresse directement à l'auditeur. Le journaliste lui apprend qu'une technique a entraîné la naissance d'un grand nombre d'enfants dans le monde. Ce n'est pas cette technique, postulée comme connue[6], qui est l'objet de la révélation («le/ saviez-vous\»), mais le nombre d'enfant qu'elle a «engendré». Cette collection de naissances est ramenée à la première d'entre elles qui est nommée, datée et catégorisée (1-2). Cette naissance singulière a donc été techniquement reproduite six cent mille fois dans le monde. La seconde partie de l'extrait (4-6) spécifie la situation suisse, toujours sous l'angle de sa quantification, cette fois selon sa fréquence, accompagnée d'une reformulation de la technique, sous une forme également déterminée. La qualification de sa reprise acronymique (6) explicite son caractère public.

Une «montée en généralité» est accomplie par la quantification de la reproduction d'une *première* scientifique et médicale, ce qui institue cette technique reproductive en phénomène massif de santé publique mondiale, et plus particulièrement suisse. Ainsi décrite, la PMA constitue un dispositif d'action. Cette notion, inspirée de celle de dispositif de catégorisation développée par Sacks (1974), désigne les «ressources tant pour dire ce qui se passe que pour agir dans l'un des rôles appartenant à ces dispositifs. Ceux-ci déterminent donc non seulement des catégorisations pour parler des acteurs, ils pourvoient aussi des places pour configurer l'action de ces

6 Cette attribution de connaissance s'observe notamment par la forme déterminée («*la* fécondation in vitro») et par l'implicitation de sa relation avec la catégorie de bébé éprouvette.

acteurs.» (Widmer, 1999, p. 9)[7]. Il faut donc comprendre le dispositif d'action comme la ressource qui permet à la fois de faire sens d'un cours d'action, et d'y inscrire une action particulière; la disponibilité du dispositif de la PMA permet par exemple à un couple stérile de faire appel à un spécialiste, en vue d'une assistance médicale à la procréation.

Dans l'extrait, la disponibilité publique de ce dispositif s'observe par la connaissance attribuée à l'audience de l'émission: une seule de ses catégories (bébé éprouvette, enfant) suffit à y référer adéquatement, et en particulier à dénombrer ses instances[8]. L'auditeur peut anticiper qu'il ne s'agira pas de vulgariser le phénomène; la suite du tour de parole montre qu'il s'agira plutôt d'un discours *sur* le phénomène considéré comme un tout.

Extrait 2

1	journ1	une technique qui a fait ses preuves/ à voir\ puisque le douze
2		mars seuh prochain/ vous serez appelés à vous prononcer sur une
3		initiative populaire\ elle vise à interdire/ toute procréation
4		artificielle/ effectuée hors du corps de la femme . en clair
5		elle vise à . ce que soit interdit LE don de sperme et la
6		fécondation in vitro\

Dans ce deuxième extrait, le dispositif de la PMA, catégorisée comme technique, fait l'objet d'une mise en intrigue d'ordre politique. Dans les termes introduits plus haut, elle vient occuper une place dans un autre dispositif d'action. Le début de l'extrait introduit en effet une tension avec ce qui précède: la question de savoir si cette technique performante et généralisée a fait ses preuves se pose. Cette tension est expliquée par le processus politique à venir (1-3). On voit se dessiner ici un autre dispositif d'action, typiquement suisse cette fois, par lequel un collectif est investi d'un pouvoir décisionnel sur un objet, une initiative populaire. La formulation de ce cours d'action permet d'y articuler le dispositif énonciatif de l'émission, en attribuant explicitement une place au destinataire (2), adressé en tant que membre du collectif politique concerné. La formulation de l'objectif de l'initiative (3-6) localise la technique dans le corps de la femme et mentionne le don de sperme sans l'articuler explicitement à la technique. Cet énoncé parachève la mise en intrigue en explicitant la portée du dispositif politique sur le destin historique de la PMA (en Suisse). Cet enjeu éclaire rétrospectivement sa présentation «historique» dans l'extrait 1.

---

7 Voir aussi Widmer (2001a et b).

8 Cette propriété, sur laquelle s'appuie la révélation (1), a été identifiée par Sacks (1974) dans le cas des dispositifs de catégorisation «duplicativement organisés».

La mise en intrigue opérée par l'initiative projette une réponse publique à la question de savoir si cette technique a fait ses preuves (1). Que la technique ait *médicalement* fait ses preuves, comme l'atteste sa reproduction massive, n'empêche pas que la question se pose *politiquement*, du fait de l'initiative[9]. Cette fonction d'orientation du sens d'une action assimile la catégorisation à l'*interprétant* dans la sémiotique de Peirce (1978, pp. 126-138). L'analyse de conversation tend à réserver cette fonction épistémologique à la séquentialité, en particulier au *next turn* comme interprétant du *current turn*. Ce faisant, elle néglige une importante ressource de sens. J'essayerai de montrer dans la seconde section que cette ressource est reconnue et exploitée par les participants à l'interaction[10].

L'extrait suivant constitue la fin de l'introduction.

Extrait 3

1	journ1	initiative disproportionnée/ disent les uns . initiative qui
2		permettrait d'éviter les abus <et les apprentis ((bas))>
3		sorciers disent les autres/ forum rentre dans la mêlée/ et
4		ouvre le débat en compagnie de ghila zoutter présidente d'azote
5		liquide/ <une association destinée à soutenir les couples
6		stériles/ ((bas et rapide))> . pascale della santa MEdecin
7		favorable à l'initiative\ rené lizek médecin-gynécologue
8		spécialiste en procréation médicalement assistée et à fribourg
9		le père dominicain roger berthouzoz professeur d'éthique et de
10		théologie morale à l'université de fribourg\ ((musique))

Le début de l'extrait (1-3) configure le dispositif d'action politique. Deux camps antagonistes en émergent. Ils sont identifiés par l'attribution d'un jugement sur l'initiative[11]. Tant sur un plan sémantique que prosodique, la suite de l'extrait (3-10) est en continuité avec le début (1-3). Elle spécifie en effet la visée de l'émission sous la forme de l'organisation d'un débat au sein d'une «mêlée», avec des invités particuliers. L'intelligibilité même de l'émission peut être vue

---

9 *Cf.* Widmer (2001b) pour une conception «adverbiale» de la catégorisation.

10 Un exemple bien connu de Sacks (1992, 757) illustre cette propriété:

A: J'ai un fils de quatorze ans
B: C'est très bien
A: J'ai aussi un chien
B: Oh, je suis désolé

Dans les termes introduits plus haut, la ressource de compréhension et d'action de cette séquence est le dispositif d'action de la «visite d'appartement».

11 Le premier jugement rapporté évalue la légitimité de l'initiative, alors que le second formule le problème ciblé par l'initiative, sous la forme d'une déviance implicitement attribuée au corps médical; ces figures sont puisées dans le répertoire classique d'une vision critique de la science, suspectée de transgresser diverses normes (le savant fou, *Le meilleur des mondes*, Frankenstein, etc.).

130

comme réflexivement liée à la configuration bi-polaire (1-3), requalifiée par la métaphore de la mêlée (3). Cet extrait utilise donc le dispositif d'action politique établi précédemment (Extrait 2) et sa spécification (1-3) comme ressource pratique pour donner une forme identifiable à l'émission. La suite de l'émission peut désormais être entendue comme participant d'une phase du dispositif de l'initiative, dans ce cas la discussion publique précédant la votation. Le dispositif d'action apparaît donc bien comme une ressource d'action autant que de description. Cette instruction (d'audition) institue un énonciateur, ici désigné par l'émission (3), qui organise un débat sur un thème controversé et mis à l'agenda politique, pour une audience identifiée au collectif politique concerné.

Je propose de parler ici d'un troisième dispositif d'action, le «débat radiophonique». Comme les deux autres dispositifs, il s'agit d'un phénomène identifiable, *accountable*. Sa production située présuppose en même temps qu'elle accomplit une forme ou une configuration sociale stable, ou du moins suffisamment pour être identifiable. Comme le montre la suite du tour de parole, ce dispositif comprend outre le modérateur un certain nombre d'invités, une temporalité propre, des principes d'organisation, etc[12]. Par ailleurs, sa mise en œuvre est réflexivement liée à une conception de la démocratie qui confère aux médias une fonction de mise en scène et de mise en ordre d'enjeux politiques.

A ce point l'introduction du débat a fait émerger trois dispositifs d'action réflexivement liés. Cette remarque appelle une précision: le discours du journaliste articule explicitement la tenue du débat radiophonique à la mise à l'agenda politique d'une question médicale. Partant, l'accomplissement situé de l'émission ne peut être analysé indépendamment des deux autres dispositifs. Cette réflexivité précise l'enjeu ethnométhodologique d'une telle analyse: il s'agit de décrire empiriquement la grammaire endogène de coordination, de mise en relation des trois dispositifs. Dans la seconde section, l'accent sera porté sur les méthodes par lesquelles les participants au débat reconnaissent et accomplissent cette articulation. L'objectif n'est donc pas d'analyser la structure séquentielle d'un débat radiophonique, mais d'identifier ce qui fait de cette séquence interactionnelle située un débat-en-

12 Pour une analyse séquentielle de dispositifs interactionnels comparables, *cf.* Clayman (1992), Greatbatch (1992), Hutchby (1996); pour une synthèse de cette littérature, Relieu et Brock (1995). La thèse de Fitzgerald (1999) sur une émission de phone-in propose une combinaison d'analyses séquentielle et catégorielle proche de celle développée ici.

vue-d'une-votation-sur-la-fécondation-in-vitro. En d'autres termes, il s'agit de décrire les pratiques locales d'accomplissement d'un ordre social qui est ainsi institué comme transcendant les circonstances hic et nunc d'une interaction particulière.

Je vais maintenant poursuivre l'analyse du premier tour de parole, après quoi je passerai à d'autres moments de l'émission. La présentation des invités (4-10) est une séquence intéressante en ce qu'elle investit la distribution de places du dispositif du débat en l'articulant à celle des deux autres dispositifs.

- G. Zoutter est identifiée par son statut dans une association qualifiée par ses destinataires (4-6). L'inférence de sens commun qui permet d'attribuer une position dans le débat sur la base soit de la connaissance de l'association, soit de l'énoncé (prosodiquement démarqué) de son objectif (5-6) n'est pas explicitée. Dans le second cas, cette inférence s'appuie sur la connaissance du fait que ce sont des couples stériles qui occupent la place de bénéficiaire de la PMA. La connaissance postulée des différentes places du dispositif de la PMA constitue donc une ressource pour spécifier la position de l'invitée dans les deux autres dispositifs[13].
- P. della Santa est identifiée par sa profession et par l'explicitation de sa position vis-à-vis de l'initiative (6-7). Cette explicitation peut s'appuyer sur un raisonnement implicite. L'identification du premier dispositif a en effet rendu intelligible la position du corps médical, au moins en tant qu'assistance à la procréation. Cette place dans le dispositif permet d'inférer une position favorable à la technique. L'implicitation de cette prémisse donne au raisonnement une forme dite enthymématique[14] que l'on retrouve fréquemment avec les catégorisations, telle que «chef d'entreprise mais socialiste», et dans ce cas «médecin [mais] favorable à l'initative»[15].
- R. Lizek est identifié par la même profession suivie de la spécialisation officielle (7), et renforcée par la formulation de son expertise dans le thème du débat (8), cette dernière spécification laissant inférer sa position par rapport à l'initiative. L'indétermination qui résulterait d'une

---

13 Fitzgerald (1999, Ch. 4) propose une analyse similaire, notamment en développant le concept de «topic relevant category».

14 *Cf.* Coulter (1991, p. 44).

15 Cette interprétation, qui repose sur une analyse semblable à celle des préférences séquentielles en analyse de conversation, est confirmée par la catégorisation de l'invité suivant.

divergence d'opinion entre experts est traitée ici en politisant la position non-préférentielle, et en expertisant la position préférentielle[16]. Dans les termes introduits plus haut, on constate que l'ancrage de l'invité dans le débat radiophonique est accompli en référence au dispositif politique d'un côté, au dispositif médical de l'autre.

– R. Berthouzoz est identifié par plusieurs traits. Tout d'abord, le connecteur «et» explicite le fait qu'il est le dernier invité, ce qui indique qu'il constitue la dernière place envisagée pour la conduite du débat; «à Fribourg» rend compte aux auditeurs de l'organisation spatiale du débat retransmis, avec un invité qui n'est pas en co-présence des autres. Cette localisation renforce la catégorisation du journaliste comme méta-énonciateur, qui organise l'intertexte du débat en extrayant de la mêlée des positions pertinentes par rapport au thème. Le travail de catégorisation (9-10) identifie d'abord l'appartenance ainsi que le statut religieux, puis la profession rattachée à une institution. Sa position par rapport à l'initiative n'est pas explicitée. L'expertise théologique tend cependant à orienter R. Berthouzoz vers une position du dispositif politique, à savoir celle qui cherche à «éviter des abus» sur la base d'une réflexion éthique-religieuse[17]. Le dernier invité n'est donc pas catégorisé comme un acteur du dispositif de la PMA[18].

La logique de catégorisation qui est à l'œuvre dans la séquence de présentation des invités apparaît comme congruente par rapport à la première séquence d'identification du problème: un cours d'action politique intervient dans une pratique médicale performante. Le débat radiophonique est présenté comme une métonymie du débat public. Ce dernier rend disponibles quatre positions, dont la défense est confiée à quatre catégories d'invités. Les opposants à l'initiative sont catégorisés comme porte-parole de positions du dispositif de la PMA, les couples stériles et les médecins. L'autre camp semble plutôt catégorisé minimalement par des positions dans le dispositif du

---

16 Cette logique est formellement analogue à celle que le programme fort en sociologie des sciences (Bloor, 1982) reproche à l'approche classique: expliquer l'erreur par des facteurs sociaux, ici la politique, et la réussite par la Raison, découlant ici de l'expertise.

17 Le journaliste peut également s'appuyer implicitement sur l'association commune de l'université de Fribourg à une position catholique conservatrice. Cette dernière constitue en effet une place stable de tout dispositif de débat bio-éthique.

18 Les interventions de R. Berthouzoz ne seront pas abordées dans cet article. Relevons cependant qu'à plusieurs reprises, il rejette sa catégorisation politique pour revendiquer une place dans le dispositif de la PMA, sous la forme d'«accompagnement» aussi bien des parents que des médecins.

processus politique qui voit au moins deux camps s'affronter. Cette configuration implique également une dimension à la fois cognitive et morale: alors que les motifs des opposants sont établis par la réussite d'une technique, ceux des initiants sont réduits à une peur de pratiques déviantes. Nous verrons plus bas que les statuts ontologiques très différents de ces deux entités projettent des genres discursifs asymétriques (récit factuel *vs* justification).

Dans la prochaine section, je chercherai à montrer comment cette configuration structure l'ensemble de l'interaction, notamment en distribuant des positions énonciatives à partir desquelles les participants sont invités à une action discursive. L'analyse se focalisera sur des interventions des deux médecins invités.

2. La question des places

L'extrait suivant est situé peu après l'introduction. Il débute par la fin d'un témoignage pré-enregistré de parents qui ont recouru à la PMA (1-2). Le journaliste reprend la parole et configure le témoignage comme un tour de parole auquel l'une des invitées doit répondre (2-7). Au niveau du débat radio, le journaliste accomplit séquentiellement sa catégorie d'organisateur du débat[19].

Extrait 4

1	homme1	compatible avec notre foi ou pas et la réponse a manifestement
2		été oui puisqu'on a fait les démarches\ ..
3	journ1	pascale della santa vous êtes^ opposée à la fécondation in
4		vitro et c'est <VOTRE ((bas))> droit . euh mais un témoignage
5		comme celui-là est-ce qu'il n:'ébranle pas vos certitudes euh
6		ces parents-là avaient un désir d'enfant très fort/ un désir
7		qui a été exaucé/ et c'est tant mieux/ non
8	santa	mhm oui je dois dire que effectivement le désir d'enfant est
9		tout à fait légitime/ et je comprends tout à fait les couples/
10		qui désirent des enfants et hh ne peuvent pas en avoir/
11		effectivement je comprends que ça soit une souffrance/ et
12		certainement très grande/ hh cependant je pense que: le moyen
13		de la fécondation in vitro/ n'est pas . pour plusieurs raisons
14		un un bon moyen d'arriver à ses fins\ .
15	journ1	et on aura l'occasion de: comprendre pourquoi j'espère/
16	santa	mhm tout à fait oui
17	journ3	père berthouzoz vous êtes donc euh à fribourg/

19 *Cf.* Greatbatch (1992, pp. 277-280).

Après une courte pause qui ponctue le témoignage, le journaliste explicite la sélection du locuteur suivant par une catégorisation politique (vs médicale), indiquant également qu'occuper cette place est un droit (3-4). Introduit par «mais», le second énoncé (4-5) questionne ce droit via un jeu de langage de débat d'idée où des récits d'expérience peuvent modifier des convictions légitimes. Della Santa est donc sélectionnée sous la catégorie de citoyenne, opposée à titre personnel à cette démarche médicale. La fin du tour (6-7) formule la question en reprenant indexicalement le témoignage antérieur, sous une forme narrative minimale. Il insiste sur la dimension morale du cours d'action de la PMA, qui s'appuie notamment sur le dispositif de la famille. La PMA se voit investie d'une fonction morale en permettant à des couples de réaliser leur souhait. Le témoignage est donc interprété comme mettant en intrigue la structure temporelle et actantielle du dispositif de la PMA, à travers le cas d'un couple singulier. La question porte sur l'évaluation du programme d'action narratif, et projette préférentiellement une confirmation (Pomerantz, 1984).

La réponse se conforme à cette forme préférentielle, en reportant le désaccord: d'abord, le tour est initié par une marque d'hésitation (8); ensuite, une longue *agreement preface*[20] (8-12) concède la factualité de la quête narrative par plusieurs marques explicites («je dois dire», «effectivement», «certainement», verbes perceptifs). Après cette forte concession, le désaccord est énoncé et porte sur le programme d'action (12-14). Il est formulé comme une opinion («je pense»), par opposition à la valeur assertive précédente. Cette opinion s'appuie sur «plusieurs raisons». L'intonation descendante et la courte pause (14) marquent clairement un point de transition du tour de parole. La mention de «plusieurs raisons» propose cependant un prolongement de l'échange; sur le modèle des préfaces de séquences narratives, le tour suivant permettrait de rendre la parole pour un plus long tour qui énoncerait ces raisons.

La formulation de la concession, puis de l'opposition, se rattache à un énonciateur profane, qui correspond au destinataire de la question. L'énonciation est le fait d'une citoyenne, qui projette cependant une entrée possible dans un discours médical. Cette dimension projective est clairement reconnue par le journaliste qui s'appuie cependant sur l'organisation temporelle du débat pour reporter ce tour de parole à plus tard (15). La question confère rétrospec-

---

20 Pomerantz, (1984, pp. 70-72).

tivement au tour précédent le sens d'une prise de position qui, en elle-même, n'est pas (encore) compréhensible, ou incomplète. Il reconnaît néanmoins la préemption du tour suivant en invitant à une ratification d'une explication ultérieure[21]. Cette question pour le moins fermée reçoit la réponse adéquate (16), puis le journaliste passe à un autre invité (17).

Cette extrait montre la forte asymétrie des positions dans le dispositif du débat où le journaliste sélectionne non seulement le locuteur mais également sa catégorie ou plutôt, comme Sacks l'a montré, le dispositif pertinent. La séquence montre de surcroît que l'orientation de la réponse est fortement déterminée par la forme de la question, notamment en ce qu'elle préfigure la réponse comme la justification d'une conviction, en réponse à un témoignage factuel. Ces «choix» semblent congruents avec la logique établie dès l'introduction, notamment par la relation entre l'objet et le cours du débat radio. Le caractère «négociable» des rôles est donc déterminé par l'ordre du dispositif du débat radiophonique qui est réflexivement lié aux deux autres dispositifs.

L'extrait suivant présente le même type d'intervention de la part de l'autre médecin invité. Il fait suite à l'intervention de R. Berthouzoz.

Extrait 5

1	berth	c'est la valeur centrale et le fond de l'argumentation .
2	journ1	alors rené lizek <nous reviendrons bien sûr à ces arguments euh
3		éthiques et moraux/ ((bas))> rené lizek la procréation
4		médicalement assistée on l'a entendu/ a plus de vingt ans/ elle
5		MARCHE comme dit le le mari du témoignage hh il n'empêche
6		quelles garanties avons-nous qu'elle est h qu'elle est sans
7		taches sans reproches\
8	lizek	alors comme: il a été dit cette technique a vingt ans/ donc on
9		a des enfants de d'adolescents/ de jeunes adultes/ h qui sont
10		PARFaitement normaux/ parfaitement intégrés dans la société/ si
11		il y avait eu un problème de développement/ h de malformation/
12		ça se saurait/ h donc de ce côté-là on est rassuré\ maintenant
13		quels euh garde-fous avons-nous/ ben le premier garde-fou c'est
14		quand même la qualité des médecins/ n'importe qui ne peut pas
15		faire de la fiv il faut être euh habilité/ h il faut avoir une
16		formation p- spécifique/ d'un autre côté les parents sont
17		concernés/ par ce qui se passe euh avec euh les ovules/ avec
18		les spermatozoïdes/ que va-t-on en faire/ combien il en reste/
19		ils veulent le savoir/ donc ils sont derrière/ CES ovules
20		imprégnés qui resteraient après une fécondation réussie euh
21		sont leur propriété/ . et puis surtout il y a la loi/ et la loi

21 Ce renvoi s'appuie sur l'économie de l'émission. Le débat proprement dit est en effet ouvert par un tour de table qui vise à présenter brièvement les positions de chaque invité, avant de les reprendre ensuite plus longuement. L'extrait suivant montre cependant le caractère procédural de ces structures organisationnelles.

BEST COPY AVAILABLE

22		a créé un registre/ donc euh ces ovi- ovules imprégnés ne
23		disparaissent pas/ ils sont cont- comptabilisés/ et puis
24		effectivement le jour où il n'y a plus/ de désir de grossesse
25		de la part du couple on ne garde pas ces ovules imprégnés/ et
26		c'est la meilleure sécurité qu'ils ne soient pas utilisés à
27		d'autres fins\
28	journ3	donc là vous nous certifiez rené lizek qu'il n'y a pas parce
29		que c'est une image qui revient beaucoup dans la population/ il
30		n'y a pas de congélateur dans lesquels il y a h des ovules
31		imprégnés qui seraient/ congelés . en suisse . aujourd'hui\
32	lizek	alors actuellement les ovules imprégnés sont gardés/ tant que
33		le couple qui en est le le propriétaire/ désire une procréation
34		ultérieure\ .
35	journ1	ghila zoutter/ euh les couples stériles <vous les connaissez

Je passerai plus rapidement sur cette séquence, en m'arrêtant seulement sur des points de comparaison avec la précédente. La question (2-7) ne thématise pas une opinion sur la technique mais la technique elle-même, ce qui contribue à qualifier Lizek. Le journaliste reprend les deux arguments de l'âge de la technique (4), dont on a vu dans l'introduction qu'il contribuait à quantifier ses bénéficiaires, et de sa performativité (5), établie par le témoignage antérieur. Malgré ces deux arguments, le journaliste vient occuper la position d'un sceptique en demandant des garanties (6-7). Le positionnement est très différent dans la mesure où le questionneur est ici en position basse complémentaire de demande d'informations factuelles à un expert. La réponse projetée est donc moins déterminée que dans l'extrait 4.

Dans une première partie de la réponse (8-12), Lizek reprend l'âge de la technique comme argument pour la constatation empirique de la normalité des enfants ainsi conçus. Cet argument est explicitement clos (12). La construction du tour est proche de celle de l'extrait précédent, en ce que d'une part cet énoncé est ponctué d'une intonation descendante et que d'autre part il projette un prolongement du tour de parole («de ce côté-là»). En revanche, il ne projette pas d'ouvrir une argumentation mais propose de s'engager dans un autre pan de l'argumentation. Alors que 12 constitue prosodiquement et thématiquement un point de transition possible, le journaliste n'intervient pas et le locuteur s'auto-sélectionne en continuant. La question initiale du journaliste est reformulée et enchâssée (12-13). Cet énoncé marque le contrôle de l'interaction par le locuteur qui reproduit dans son discours la structure dialogique du questionnement. Il peut ainsi procéder au déroulement d'une liste de garde-fous. Le premier (13-16) est constitué par l'institution médicale qui contrôle l'accès à cette pratique. On a vu que c'est précisément sous cette catégorie experte que Lizek a été présenté. Le second (16-21) porte sur l'attitude responsable des parents, qui exercent ainsi une propriété

sur ces cellules (21). Cette attitude répond directement au scepticisme de la question qui se voit spécifiée comme portant sur le sort des gamètes prélevées. Plus précisément, cet argument répond à une question non encore formulée dans le cours du débat. La ressource pratique est la connaissance du débat public, en particulier de l'argumentaire des initiants[22]. Cet argument est renforcé par le troisième (21-23): la loi garantit un suivi des gamètes qui ne peuvent donc tomber «en déshérence».

L'argumentation de Lizek est accomplie par l'enchâssement à l'intérieur du tour de parole d'une structure dialogique qui lui permet de répondre à des objections non-formulées. Cet anti-destinataire se voit attribuer une crainte de déviance des pratiques médicales. Si cette interprétation est correcte, le premier garde-fou est particulièrement pertinent. Plus globalement, Lizek met en scène une pratique médicale idéale où parents stériles et médecins autorisés se coordonnent dans un cadre légal pour produire des enfants normaux. La trivialité de la mise en scène d'un tel dispositif médical s'explique par un rétablissement de la rupture d'intelligibilité attribuée à l'action des initiants. Encore une fois, c'est à partir d'une des places de ce dispositif que Lizek parle, et y est invité.

La question suivante (28-31) est posée par une autre journaliste. Elle reproduit le cadrage de la question précédente en explicitant ces craintes sous la forme de représentations largement partagée parmi le «public» de la PMA (28-29) et dont l'objet est cette fois spécifié sous la forme de l'existence de conservation d'ovules imprégnés. La formulation de la question dramatise la séquence en demandant au locuteur, au titre implicite d'expert de la question, de s'engager à falsifier ces représentations. Pour Lizek, cette formulation est problématique dans la mesure où elle invite à une forme préférentielle de confirmation, mais qui consisterait à nier une pratique réelle. Lizek répond par la forme non-préférentielle de refus de confirmation, en mettant cependant en avant la propriété parentale de ces gamètes congelés. Le bornage de la congélation problématique est donc déterminé par l'intentionalité des parents. Cette caution est traitée comme satisfaisante par le journaliste qui passe à une autre invitée, sans relever que les représentations populaires sont reconnues comme factuellement correctes par Lizek lui-même.

---

22 Cette dimension dialogique s'observe plus bas (pp. 19-20) avec la mention d'«ovules imprégnés». Cette recatégorisation des «embryons» réduit fortement la nature contestable de leur manipulation technique.

L'enjeu du débat apparaît comme la (re)configuration de l'articulation des dispositifs d'action. Dans cette perspective, le déroulement de l'émission contribue à produire pratiquement l'autonomie du dispositif de la PMA par rapport au débat politique. Le public de l'émission, qui est explicitement identifié dès l'introduction au collectif politique concerné, semble donc invité à juger la PMA de l'extérieur. Il s'assimile à un public de spectacle qui n'a pas d'autre rôle à jouer que d'applaudir à la fin, c'est à dire de plébisciter le refus de l'interdiction[23]. Le fait que ces citoyens soient amenés à décider par vote du sort de la technique apparaît comme peu compréhensible ou légitime, tant sa régulation interne semble assurée. Cette frontière établie entre pratique médicale et processus démocratique distingue deux registres discursifs selon deux régimes énonciatifs et cognitifs: des récits factuels d'expérience et de pratique énoncés de l'intérieur par des acteurs du dispositif d'un côté; des expressions de crainte dépourvues du moindre référent énoncées depuis l'extérieur du dispositif par des acteurs politiques de l'autre.

Ces deux registres sont mis en œuvre dans le prochain et dernier extrait, qui présente l'intérêt de mettre successivement à contribution les deux médecins invités. Il se situe au milieu du débat radiophonique.

Extrait 6

1	lizek	et ensuite effectivement à un moment donné il y a un choix\
2	journ1	alors y a votre pouvoir/ qui qui est au niveau du savoir/
3		je crois que ça on ne peut quand même pas le le contester/ et
4		puis entre nous il y a tout de même des couples qui arrivent
5		j'imagine avec des demandes bien singulières euh du style euh
6		j'aimerais bien qu'il ou elle ait les yeux bleus/ euh ça
7		n'existe vraiment pas/ ce genre de couple/
8	lizek	non non effectivement c'est de l'ordre du fantasme les les
9		couples qui viennent nous consulter ont déjà eu . des . gros
10		problèmes des dépressions des des souffrances et ce qu'ils
11		désirent au moment où ils viennent consulter le gynécologue
12		c'est un enfant\
13	journ1	[xxx
14	lizek	[évid- évidemment cet enfant il sera le plus beau/ parce qu'il
15		sera le LEUR mais c'est tout
16	journ1	ils ne viennent pas trouver l'apprenti sorcier\
17	lizek	pas du tout\
18	journ3	pascale della sante delle santa pardon vous êtes aussi médecin/
19		vous la stérilité est reconnue comme une euh comme une maladie/
20		en refusant finalement la procréation assistée/ est-ce que vous

23 Ce destinataire enthousiaste s'assimile à celui de la vulgarisation du 19e siècle, ou plus récemment à celui des journées portes-ouvertes des laboratoires scientifiques. Les études de Fouquier et Veron (1986) et de Cheveigné (1997) sur la réception d'émissions scientifiques indiquent qu'une partie des téléspectateurs interrogés endossent cette position de «bénéficiaires».

21		ne refusez pas de soigner des patients
22	santa	euhm c'est vrai que la stérilité est une maladie/ donc euh donc
23		euh l'OMS dit qu'il y a environs dix pour cent des couples/ qui
24		sont touchés par euh cette maladie/ néanmoins il faut dire que
25		la fécondation in vitro ne traite pas la stérilité/ mais
26		qu'elle la contourne\ en effet les couples après avoir euh eu
27		un enfant ou non avec une fécondation in vitro restent stériles
28		donc dans le cas de l'initiative/ nous sommes vraiment pour/ la
29		recherche des traitements contre la stérilité/ nous nous
30		promouvons vraiment euh les progrès dans ce domaine mais par
31		contre nous refusons effectivement la fécondation in vitro\
32	journ3	ghila zoutter
33	zoutter	hh alors un premier point euh

L'extrait débute par la fin d'une séquence dans laquelle Lizek légitime tout en le relativisant fortement le «pouvoir» sous-jacent à la sélection de gamètes par le médecin dans certains cas de PMA[24]. Le journaliste reprend ce thème du pouvoir qu'il articule au savoir médical (2-3). Par son commentaire (3), le journaliste évoque une situation de controverse, notamment sur la légitimité du pouvoir médical. Il prend cependant clairement position contre le caractère contestable de l'articulation pouvoir-savoir. Ce thème n'étant pas objet de débat, le journaliste passe à une autre objection potentielle à la PMA. La suite du tour (3-7) poursuit ainsi l'exploration de l'argumentaire d'un anti-destinataire imaginaire, en soulevant la question de l'eugénisme positif. Les marques s'accumulent pour instituer un contexte énonciatif particulier, plus proche de la confidence intime que de l'argumentation raisonnée: «entre nous»; «il y a tout de même»; «j'imagine»; «ça n'existe vraiment pas/»[25]. Comme dans l'extrait 5, le journaliste occupe la position énonciative d'un profane qui suspecte des déviances. Cette transition énonciative[26] montre la disponibilité d'une configuration de débat qui pourvoit à de telles places et à leurs argumentaires, même s'il est difficile de dire ici s'il s'agit du débat spécifique entourant la votation ou du débat plus général sur l'eugénisme positif[27]. La question porte donc à nouveau sur la validité d'une supposition, qui est confrontée à l'expérience factuelle du médecin.

---

24 La légitimation s'appuie sur la requête préalable des parents, alors que la relativisation est accomplie par une banalisation de la technique (pour une analyse de cette séquence, *cf.* Bovet & Terzi, 2001).

25 Il faut y ajouter le marquage intonatif (non rendu par la transcription) qui appuie la mise en scène d'un jeu de langage *en aparté*.

26 Pour une discussion du positionnement énonciatif du discours radiophonique en terme de «footing», *cf.* Goffman (1981, pp. 226-232), Clayman (1992).

27 Le journaliste semble s'appuyer ici sur la ressource que constitue le débat continu sur la science et ses abus. Cette discussion ouverte semble n'être bornée ni spatialement ni temporellement,

En 8, Lizek établit clairement le statut cognitif de la supposition, un fantasme, à laquelle il oppose encore une fois un principe de réalité par le biais de son expérience des démarches réelles (9-12). L'argument exploite pratiquement la composante morale du dispositif de la PMA[28] et la respécifie: non seulement la PMA guérit des couples stériles, mais elle a aussi pour effet de traiter des problèmes notamment psychiques découlant dé cette stérilité. Sur le plan cognitif, la factualité de la démarche médicale est opposée à des soupçons de déviance. Sur le plan énonciatif, Lizek continue d'occuper la position d'un acteur central du dispositif de la PMA pour répondre à la question que le journaliste énonce *en tant que* profane suspicieux. Enfin, la spécification morale de la PMA, en réinstituant un jeu de langage rationnel, marque un refus d'entrer dans celui du récit anecdotique.

Après cette mise au point, Lizek réinterprète la visée eugénique supposée en jugement rétrospectif sur la beauté de l'enfant (12-13; 15). L'identification de ce trait ordinaire et inoffensif s'appuie toujours sur une expérience de praticien. La paire adjacente en 16-17 reproduit sous une forme minimale la logique analysée plus haut.

Pour conclure, il est intéressant de confronter cette séquence à celle qui lui est adjacente (18-32). L'autre journaliste de l'émission sélectionne Della Santa sous la catégorie de médecin (18)[29]. Elle reformule l'argument moral avancé par Lizek[30]: l'identification de la stérilité comme maladie confère à la PMA le statut de thérapie. Le refus de cette thérapie par un médecin soulève un problème moral et accomplit la pertinence de la catégorisation du destinataire de la question (20-21). Contrairement à la question analysée plus haut (6-7), celle-ci est ici dépourvue de marques de transition énonciative. Un raisonnement factuel amène la journaliste à confronter un médecin à un problème moral, sous la forme d'une contradiction entre opinion politique et pratique professionnelle.

---

contrairement aux trois dispositifs analysés. Dans cette perspective, l'extrait indiquerait que sa disponibilité durable fournit des ressources énonciatives et argumentatives pour la conduite de débats situés.

28 *Cf.* extrait 4.

29 «aussi médecin» indique que le locuteur interrogé précédemment a été entendu comme médecin. Cette liaison identifie la pertinence de cette catégorisation pour la séquence plus large, par une application de la règle de congruence.

30 Ce faisant, elle explicite le syllogisme qui était réduit à une forme enthymématique lors de la présentation des invités (extrait 3, lignes 6-7).

Comme dans l'extrait 4, la première partie de la réponse concède une des prémisses de la question, identifiant ici la stérilité à une maladie (22-24). Suite à cette concession, la formulation de l'opposition conteste la description de la PMA comme traitement de la stérilité (24-27). A ce point, la réponse institue un énonciateur médical, mais qui, contrairement à la séquence précédente, ne s'appuie pas directement sur une expérience personnelle. La conclusion de l'argument (28-31) effectue une transition énonciative: en effet, en 28, *nous* renvoie au camp des initiants. C'est donc ici depuis une position du dispositif politique que Della Santa formule ses objections sur la PMA. La conclusion suggère que sa mise au point n'a pas constitué le dénouement du récit de la lutte médicale contre la stérilité, ce qui s'oppose notamment à la narration proposée par le journaliste en introduction. L'argument de Della Santa suggère que la PMA n'a «fait ses preuves» ni *médicalement*, ni *politiquement*. Le caractère ouvert du récit montre que ce jugement n'exclut pas une vision optimiste de la recherche médicale. En d'autres termes, Della Santa tente d'instituer une position énonciative de critique constructive de la médecine de procréation. En 32, la journaliste sélectionne le prochain locuteur par son seul nom. Le type de tour projeté est ainsi spécifié comme une réaction au tour précédent, ce qui confère rétrospectivement à l'argument de Della Santa le statut d'une opinion contestable.

L'extrait montre la réflexivité des trois dispositifs: seule une narration divergente de la PMA, accomplie et située dans le cours du débat radiophonique, rend disponible un positionnement favorable à l'initiative qui se distingue d'un obscurantisme profane. Le travail discursif nécessaire à l'*accountability* de cette position illustre le caractère contraignant des dispositifs d'action qui organisent réflexivement le cours d'action.

Conclusion

Ce texte visait à rendre compte de l'énonciation située d'un discours médical expert au cours d'un débat radiophonique. La démarche a consisté à analyser avec plus ou moins de détails les transcriptions de séquences de l'émission; son introduction par le journaliste, puis deux interventions de chacun des médecins invités. L'analyse de ces séquences indique que l'*accountability* de ces positions énonciatives particulières est localement et méthodiquement accomplie par le recours à des ressources de description et d'action. Ces dernières ont été décrites sous la forme de trois dispositifs d'action. L'accent a

été porté sur la réflexivité de leurs relations. En d'autres termes, j'ai tenté de montrer que l'analyse de ce débat-ci[31] doit tenir compte de l'incorporation à son développement interactionnel de la description de son objet et de son cadrage politique. De cette analyse, je tirerai deux conséquences, tant méthodologiques que théoriques.

Les dispositifs d'action peuvent être décrits comme des interprétants. Dans une acception large, cette notion désigne aussi bien le présupposé d'un espace public libéral que l'action d'un tour de parole sur celui qui le précède. L'ethnométhodologie recommande de ne traiter les structures sociales qu'en tant qu'elles sont reconnues dans et pour la conduite de l'action. Une telle analyse peut prendre la forme d'une description du recours méthodique et pratique aux ressources de raisonnement *et d'action* que constituent les dispositifs d'action. Dans la mesure où de tels processus sont empiriquement descriptibles comme orientant l'action, ils relèvent de structures sociales, qu'il s'agisse de l'organisation d'une émission de radio ou de l'événement public par lequel une collectivité met en question sa Constitution.

L'analyse de données interactionnelles peut ainsi être intégrée à une sociologie de l'espace public. Ce matériau permet en effet d'évaluer empiriquement dans quelle mesure les descriptions et catégorisations médiatiques sont proposées et endossées par les interlocuteurs, et ceci dans le cours même du discours collectif et public[32]. Une perspective énonciative refuse de considérer une interaction comme une négociation de rôle, de fonction ou d'action à chaque tour de parole. L'énonciation est toujours prise en charge à partir d'une place dans un dispositif qui est localement reconnu comme débordant le contexte interactionnel immédiat. La comparaison des deux médecins indique ainsi que certaines positions n'ont qu'à être occupées, alors que d'autres doivent être conquises.

Plus largement, une telle analyse permet de documenter les difficultés d'une mise en question collective de la science médicale. On constate en particulier combien la description d'un enjeu de médecine publique détermine la disponibilité d'une position critique, et a fortiori la possibilité même d'une discussion ouverte de la science. Cette dernière condition apparaît pourtant comme

---

31 Cet accent indexical rappelle que l'approche adoptée conduit l'analyse à porter sur ce qu'on peut gloser comme un débat radiophonique sur la fécondation in vitro en vue d'une votation. Il ne s'agit donc pas de décrire le débat radiophonique comme activité spécifique.

32 Cette démarche apparaît comme complémentaire à l'analyse de corpus textuels plus ou moins vastes.

cruciale pour la communication publique du savoir scientifique. Dans un autre contexte, Jeanneret (1994, p. 51) rappelait que «le militant de l'obscurantisme n'est pas ennemi du savoir, comme on le croit souvent; il s'oppose à la diffusion du savoir».

BIBLIOGRAPHIE

Bloor, D. (1982). *Sociologie de la logique ou les limites de l'épistémologie*. Paris: Pandore.

Bovet, A., & Terzi, C. (2001). *Scientific Discourse in and as Public Debate*. Paper presented at the IIEMCA Conference Orders of Ordinary Action, Manchester, July 2001.

Cefaï, D. (1996). La construction des problèmes publics. Définitions de situations dans les arènes publiques. *Réseaux*, *75*, 43-66.

Cheveigné, S. de (1997). La science médiatisée: le discours des publics. *Hermès*, *21*, 95-106.

Clayman, S. E. (1992). Footing in the Achievement of Neutrality: The Case of News Interview Discourse. In P. Drew, & J. Heritage (eds), *Talk at Work: Interaction in Institutional Settings*. (pp. 163-198). Cambridge: Cambridge University Press.

Coulter, J. (1991). Logic: Ethnomethodology and the Logic of Language. In G. Button (ed.), *Ethnomethodology and the Human Sciences*. (pp. 20-50). Cambridge: Cambridge University Press.

Fitzgerald, R. (1999). *Method in Media Interaction*. Unpublished PhD, University of Wales, Bangor.

Fouquier, E., & Veron E. (1986*). Les spectacles scientifiques télévisés. Figures de la production et de la réception*. Paris : La Documentation française.

Garfinkel, H. (1967). *Studies in Ethnomethodology*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.

Goffman, E. (1981). Radio Talk. In *Forms of Talk*. (pp. 197-327). University of Pennsylvania Press.

Greatbatch D. (1992). On the Management of Disagreement between News Interviewees. In P. Drew, & J. Heritage (eds), *Talk at Work: Interaction in Institutional Settings*. (pp. 268-301). Cambridge: Cambridge University Press.

Hutchby, I. (1996). *Confrontation Talk. Argument, Asymetries and Power on Talk Radio*. Mahwa (N.J.): Lawrence Erlbaum Associates.

Jeanneret, Y. (1994). *Ecrire la science. Formes et enjeux de la vulgarisation*. Paris: PUF.

Peirce, C. S. (1978). *Ecrits sur le signe*. Paris: Seuil.

Pomerantz, A. (1984). Agreeing and Disagreeing with Assessments: Some Features of Preferred/Dispreferred Turn Shapes. In J. M. Atkinson, & J. Heritage (eds), *Structures of Social Action: Studies in Conversation Analysis*. (pp. 57-101). Cambridge: Cambridge University Press.

Relieu, M., & Brock, F. (1995). L'infrastructure conversationnelle de la parole publique. L'analyse des réunions politiques et des interviews télédiffusées. *Politix*, *31*, 77-112.

Sacks, H. (1974). On the Analysability of Stories by Children. In J.J. Gumperz, & D. Hymes (eds), *Directions in Sociolinguistics: The Ethnography of Communication*. (pp. 325-345). New York: Rinehart & Winston.

— (1992). *Lectures in Conversation*. Vol. I. Oxford: Blackwell.

Widmer, J. (1999). Introduction. In J. Widmer, & C. Terzi (éd.), *Mémoire collective et pouvoirs symbolique*. (pp. 7-14). Fribourg: Université de Fribourg. (*Discours et Société, 1*).

— (2001a). Catégorisation, tour de parole et sociologie. In M. de Fornel, A. Ogien, & L. Quéré (dir.), *L'ethnométhodologie, une sociologie radicale*. (pp. 207-238). Paris: La Découverte.

BEST COPY AVAILABLE

— (2001b). *Interactions as Ordinary Actions.* Paper presented at the IIEMCA Conference Orders of Ordinary Action, Manchester, July 2001.

Deuxième partie: Communication et minorités dans les réseaux de soins

Introduction

Laurent GAJO

Cette deuxième partie traite principalement de la prise en compte et de la prise en charge des minorités sociolinguistiques dans les réseaux de soins, avec une attention particulière à la qualité de la communication entre les ressortissants de ces minorités et le corps soignant et/ou médical. L'intérêt pour les soins aux minorités est au moins double. D'une part, il s'agit de trouver des solutions pour ces groupes spécifiques, victimes d'une souffrance communicative en plus d'une souffrance physique ou psychique, les deux types de souffrance pouvant en outre tisser des liens complexes, se masquer mutuellement ou alors mieux se révéler. D'autre part, l'examen de ces groupes sociaux spécifiques exerce un effet de loupe sur le fonctionnement général de l'interaction à l'hôpital, moins visible avec des populations plus «standard». Ce deuxième aspect, mis essentiellement en évidence par les linguistes, renforce l'intérêt théorique et méthodologique des études sur les minorités.

Sous «minorités», nous trouverons dans les articles de cette partie les trois groupes suivants: migrants, minorités locales et homosexuels.

Les soins aux migrants alimentent depuis quelques années des recherches toujours plus riches, notamment en Suisse. La plupart de ces recherches font une place importante à la figure du tiers traduisant (médiateur culturel, interprète), considéré comme la solution la plus adéquate en vue de la résolution des problèmes de communication, pour autant que le tiers soit formé (SINGY; BISCHOFF, LOUTAN & STALDER). Ces recherches sont aussi le plus souvent descriptives et basées sur une méthodologie recourant à des questionnaires et/ou à des entretiens semi-directifs, autant du côté des sociolinguistes (SINGY) que des professionnels de la santé (BISCHOFF, LOUTAN & STALDER), ce qui débouche en général sur des analyses de contenu. D'autres

Bulletin suisse de linguistique appliquée
No 74, 2001, 149-151 • ISSN 1023-2044

© 2001 Institut de linguistique
Université de Neuchâtel

recherches proposent des méthodologies plus qualitatives, prenant en compte l'analyse de l'interaction (GAJO, GRABER, MOLINA & D'ONOFRIO). Ces mêmes recherches s'ouvrent à une plus forte prise en compte du contexte de l'interaction, et notamment de la variété, en milieu hospitalier, inhérente à la spécificité des services. On est amené à y examiner le rôle variable du tiers traduisant, à côté d'autres stratégies disponibles, comme le recours à une langue véhiculaire, cité aussi par Bischoff, Loutan & Stalder. L'idée même de problème de communication est questionnée.

Les soins aux minorités locales portent sur des terrains relevant de pays ou de zones «officiellement» plurilingues, en l'occurrence la région de Toronto (LABRIE *et al.*) et celle de Bruxelles (VERKOUTER). Pour garantir aux ressortissants des différentes communautés linguistiques un accès aux soins dans leur propre langue, la question est de savoir s'il s'agit de mettre plus de bilinguisme dans les institutions ou alors de créer et garantir des institutions séparées. Le «problème» est que les minoritaires connaissent suffisamment la langue de la majorité, surtout dans la situation canadienne, pour renoncer à leurs droits ou choix linguistiques au profit d'autres critères, comme la réputation d'un hôpital. La question se complique encore quand se mêlent les intérêts de la communauté locale et ceux de migrants parlant la même langue mais ne s'identifiant pas de la même façon aux «histoires» locales. L'examen de ces situations demande une forte prise en compte du contexte sociopolitique et sociohistorique, ce que font les deux articles, tout en l'articulant à l'analyse d'entretiens, dans une perspective toutefois plus résolument linguistique chez Labrie *et al.*

Les soins aux homosexuels ou à des groupes sociaux non déterminés prioritairement par une appartenance linguistique devraient apparemment relever d'une problématique sensiblement différente. Pourtant, là aussi, la communication ne va pas de soi, et les représentations du discours médical varient. Pour cette population, les liens aux réseaux de soins sont particulièrement chargés, et les tabous particulièrement lourds. Le discours traduit et construit cette charge. L'article présenté en fin de volume (SINGY, COCHAND, DENNLER & WEBER) donne quelques impulsions à cette réflexion, à travers la présentation d'hypothèses sous-tendant une recherche naissante.

Les ressortissants des groupes minoritaires, dans leurs pratiques communicatives avec les institutions sociosanitaires, mettent à flot des aspects constitutifs du fonctionnement de ces institutions aussi bien que de l'interaction en général. Sur le plan de l'institution, leur parcours met en

évidence ce que nous pourrions appeler un phénomène de migration institutionnelle, que tout patient vit mais souvent dans l'ombre. Sur le plan de l'interaction verbale, leurs problèmes, parfois davantage postulés que clairement identifiés, renvoient à l'opacité, à l'épaisseur inhérente au discours même ordinaire, pourtant souvent traité comme transparent.

Communication entre soignants et patients migrants: quels moyens pour quels services?·

Laurent GAJO
CEFOPS**; Université de Neuchâtel, Centre de linguistique appliquée, FLSH
Espace-Louis-Agassiz 1, CH-2000 Neuchâtel; laurent.gajo@unine.ch

Maria Eugenia MOLINA
CEFOPS;Université de Lausanne, BFSH2, CH-1015 Lausanne;
maria-eugenia.molina@ling.unil.ch

Myriam GRABER & Andreina D'ONOFRIO
CEFOPS

This article aims at a better understanding of the communication between care-givers and migrant patients in relation to several services (medicine, surgery, obstetrics, emergency, geriatrics and psychiatry). Efficiency of different communication strategies is examined through a linguistic analysis of interviews and effective interactions. Among these strategies, the practical and theoretical issues of the cultural mediation are particularly focused.

1. Introduction

Cet article s'inscrit dans une recherche interdisciplinaire visant une meilleure compréhension de la (mal)communication entre soignants et patients migrants et, au-delà, de la communication en milieu hospitalier et du rôle spécifique de l'infirmier. La question est posée d'emblée dans ses enjeux aussi bien pratiques que théoriques, et est abordée dans des regards croisés entre linguistes, ethnologues, infirmiers et travailleurs sociaux. La dimension linguistique sera toutefois saillante ici.

La revue *Soins infirmiers*, dans son numéro 8/2000 comprend un dossier «Soins aux migrants», qui montre bien la relative nouveauté de cette problématique pour les infirmiers et son importance croissante. On y souligne que la non-maitrise et/ou le non-partage de la langue peut amener au moins des effets de filtre, mais aussi parfois des erreurs de diagnostic et de traitement, comme le dit Mader (2000):

---

* Projet 00033.1 «Communication entre soignants et patients migrants: quels moyens pour quelle efficacité? quelle responsabilité pour le personnel infirmier? quelle variation selon les services?»; financé par le FNS, la CTI (subside 5348.1 FHS) et des fonds privés dans le cadre de l'action Do-Re (programme fédéral pour encourager la recherche HES).

** Centre de formation des professions de la santé de langue française du Canton de Berne, rte de Sonvilier 3, CH-2610 St-Imier, site de la HES «santé-social».

© 2001 Institut de linguistique
Université de Neuchâtel

- des soins inappropriés et de moindre qualité, ce qui peut retarder la guérison, empêcher le patient de trouver les moyens en lui afin de dépasser la crise qu'il vit;
- une incompréhension du patient de par sa différence, la famille peut se sentir mal acceptée et être dans l'impossibilité d'accompagner le patient.

Mais ce dossier montre aussi les orientations dominantes de la recherche et des outils actuels, portés davantage sur l'interprétariat et la médiation culturelle (Weiss & Stucker, 1998; Bischoff & Loutan, 1998; Lambert, Stoll, Singy *et al.*, 1999) que sur la prise en charge spécifique et directe de l'infirmier en face de patients migrants (Schäublin, 1997). Or, si l'on considère en effet que l'amélioration de la communication avec les patients migrants comporte, d'une part, un enjeu pour l'action thérapeutique elle-même et, d'autre part, un enjeu pour la relation avec le malade dans toute sa vie hospitalière, il faut que le personnel soignant soit directement impliqué dans cette communication. Il ne s'agit toutefois pas d'être en faveur ou en défaveur de l'outil «médiation culturelle», mais de l'interroger dans une double nuance:

- du point de vue de l'infirmier, lui-même parfois considéré comme un médiateur entre le patient et le monde hospitalier; on remarque aussi une forte prise de conscience des milieux soignants par rapport au rôle central de la communication dans leurs pratiques (*cf.* Zegelin, 1997; Journiac, 1996);
- du point de vue de la diversité des services.

Sur ce deuxième plan, certaines recherches ont montré par exemple que la traduction et la médiation culturelle s'avéreraient parfois contre-productives, surtout en psychiatrie (*cf.* Marcos, 1979) et en maternité (*cf.* Billiez, 1981), par des effets de lissage ou de déformation du discours. En revanche, le recours à la langue étrangère ou seconde pour le patient, moins confortable que l'utilisation de sa première langue, aurait des effets positifs, car non seulement il l'intègre aux pratiques locales, mais surtout lui demande un effort bénéfique à la compréhension et à la prise de contact avec la réalité de sa pathologie (*cf.* Del Castillo, 1970).

Notre recherche, à visée essentiellement qualitative, se base sur deux types de données:

- des entretiens semi-dirigés: ils regroupent chacun trois à quatre participants et varient selon deux axes, les services impliqués (médecine, chirurgie, maternité, urgences, psychiatrie, gériatrie) et les acteurs socio-professionnels concernés (infirmiers, médecins, «paramédicaux», médiateurs culturels et patients); la douzaine d'entretiens ainsi constitués a

donné lieu à enregistrement et transcription et permet une approche des représentations des différents acteurs dans les différents services quant à la communication soignant/patient migrant;

- des «prélèvements» d'interactions: destinés à saisir *in vivo* des situations de prise en charge de migrants à l'hôpital, ils ont été effectués variablement dans les différents services mais n'ont pas débouché systématiquement sur des enregistrements, ou du moins des enregistrements utilisables.

Dans les limites de cet article, nous nous baserons davantage sur les données «entretiens», donc sur une approche des représentations des acteurs socio-sanitaires, en présentant quelques premiers constats à ce stade intermédiaire de notre recherche. Nous commencerons par analyser une anecdote, illustrant un cas «typique» d'interaction soignant/patient migrant et de ses problèmes (2). Ensuite, nous envisagerons quelques stratégies – évoquées et effectives – de résolution de problèmes de communication (3). Parmi ces stratégies, nous nous arrêterons sur la médiation culturelle (4). Après une comparaison de la distribution de ces stratégies dans les différents services (5), nous poursuivrons par un examen plus détaillé de la communication en psychiatrie (6) pour finir par une synthèse et une ouverture de la réflexion (7).

2. Problèmes d'interaction: une anecdote

Les anecdotes constituent de bons indicateurs, si ce n'est des pratiques effectives, des représentations les plus prototypiques et donc diffusées socialement (*cf.* Gajo, 2000, pour une analyse linguistique de la disponibilité sociale des représentations) dans un milieu donné sur un problème donné. Elles peuvent se dérouler spontanément ou à la demande des enquêteurs, mais contribuent dans tous les cas à donner sens à des positions argumentatives ou à des pratiques.

Sans entrer dans les détails, nous analyserons ici une anecdote où est évoqué un problème de prise en charge d'une patiente migrante. Généralement, les problèmes (d'interaction, de communication, etc.) présentés dans les anecdotes semblent se composer de deux phases. La première tend à montrer la reconnaissance du problème et, de manière plus ou moins explicite, les raisons qui ont déclenché une action. La deuxième tend à montrer la démarche de résolution (résolution, maintien, accentuation) du problème. La frontière entre ces deux phases n'est pas toujours nette, et on assiste à des enchevêtrements, qui indexent notamment des étapes («et pis

bien sûr», «et pis après») dans la démarche de résolution. Le segment qui va de «et pis bien sûr» à «son enfant» marque ainsi une sorte d'entre-deux, relevant aussi bien de la première que de la seconde phase.

Chacune de ces deux phases peut contenir des éléments qui se regroupent en:

- indices servant à identifier un comportement marqué qui, en fonction de leurs caractéristiques convergentes, peuvent aboutir à des catégories de problèmes de communication (en *italique* dans l'extrait);
- facteurs environnementaux ou externes qui interfèrent avec ces indices et tendent à orienter l'interprétation (soulignement simple dans l'extrait);
- actions réalisées suite à l'interprétation du décalage entre environnement et indices comportementaux (soulignement discontinu dans l'extrait);
- motifs évoqués explicitement pour étayer le problème, ce qui permet l'identification des références (culturelles et autres) mobilisées par les différents acteurs (soulignement double dans l'extrait).

Il y avait une histoire[1]

119M (...) il y avait une histoire que j'ai trouvée en ambulatoire ouais une dame qui venait d'accoucher à Moutier elle était africaine mais j'ai oublié de quel pays ça c'était la leçon de ma vie et puis *elle ne prenait pas son enfant* et pis bien sûr l'infirmière téléphone et qui c'est qui était de piquet/ moi et hop je vais et tout ça et tout ça et pis *elle prenait pas vraiment son enfant* et pis après on s'est renseigné d'où elle venait d'un petit X en Afrique et là c'était leur culture quand l'enfant était né c'était à l'enfant de faire un effort pour entrer dans la société pour nous c'était psychotique

120E1 ouais ouais alors que . au fond[

121M [pour elle c'était bon c'était normal

122E1 elle attendait que l'enfant fasse rampe vers elle mhm mhm

(DOMI.1PSY.2)

Si l'interaction effective entre l'infirmière et la patiente n'apparait pas directement ici, on en devine certains ingrédients, et notamment le rôle des cadres interprétatifs dans l'identification des problèmes. Le conflit de cadres peut

---

1 Conventions de transcription:

Λ	intonations montante et descendante
. .. ... (2")	pauses
:::	allongement de la syllabe
[	chevauchement
OUI	mise en relief
(eu?) (eu/euh?)	transcription incertaine
X	segment non compris
E	enquêteur

amener à catégoriser[2] un même comportement comme «psychotique» ou alors comme «normal», l'origine ethnique de la patiente («elle était africaine») apparaissant comme pertinente dans cette dynamique.

Le comportement observé par le soignant est marqué, inhabituel et déclenche des stratégies qui permettent de découvrir le cadre de référence de la patiente et de réagir de façon adéquate. On n'a toutefois pas accès dans cette anecdote à l'interaction verbale entre le soignant et le patient, mais on en devine les «alentours». C'est justement dans les alentours de l'interaction en face-à-face que les soignants vont souvent chercher les stratégies de résolution de problèmes, comme nous allons voir tout de suite. Ici, cette stratégie passe par la collectivisation du problème («l'infirmière téléphone», «on s'est renseigné»).

3. Stratégies de résolution des problèmes de communication avec les migrants: point de vue de l'infirmier

Sans nous arrêter plus avant sur les processus d'identification des problèmes et sur les représentations de la pertinence de la catégorie «migrants», nous allons nous contenter de saisir deux éléments autour des stratégies de résolution de problèmes de communication avec des patients migrants:

- inventaire de quelques stratégies récurrentes dans les représentations des acteurs (stratégies citées);
- décalage entre représentations et pratiques dans l'usage et le statut des stratégies (décalage entre stratégies citées et stratégies effectives).

3.1 Quelques stratégies

Les stratégies les plus citées dans nos entretiens, sans que l'on sache toujours s'il s'agit de stratégies possibles, souhaitables ou effectives, sont les suivantes (sans ordre de priorité): recours à la communication non verbale, à la reformulation, à une langue tierce comme langue véhiculaire, à des supports établis dans plusieurs langues (ex.: formulaires pour l'anamnèse), à des médiateurs (professionnels et non professionnels, individuels et collectifs), à un ordinateur traduisant.

Nous n'allons pas ici classer rigoureusement ces stratégies à travers des typologies bien précises, mais simplement les envisager dans les trois

---

2 *Cf.* Gajo & Mondada (2000) pour un examen de la catégorisation dans des interactions avec des migrants.

catégories de Bange (1992). Celui-ci distingue entre des stratégies d'affrontement ou de réalisation des buts de la communication, des stratégies d'évitement ou de réduction et des stratégies de substitution. Cette dernière catégorie occupe une position intermédiaire par rapport aux deux autres. Si l'on applique ces catégories à nos données, nous pouvons ranger le recours à la communication non verbale et la reformulation dans les stratégies d'affrontement et probablement toutes les autres dans les stratégies de substitution voire d'évitement, qui semblent revêtir une importance particulière dans notre corpus.

La plupart du temps

173SM mais nous on essaye la plupart du temps d'en discuter entre collègues parce que souvent on a des avis . très très différents déjà rien qu'entre nous . et puis après on essaye d'en parler avec la cheffe de clinique des fois cela donne des situations qui sont présentées en supervision

174E1 hum hum

175SM on sait aussi heu qu'il y a une association où qu'il existe Appartenances à Lausanne . on a eu plusieurs fois l'idée/ d'appeler pour avoir un petit peu plus de de données . j'crois que ça s'est pas fait à l'époque et puis après heu y a une personne justement de cette association qui qui est venue donner heu un cours donner une supervision puis c'est un peu comme ça que ça s'est éclairci

176E1 hum hum et puis pour vous . vous avez d'autres moyens d'autres heu

177SM on envoie souvent aussi les gens heu à Bienne là à l'aide aux victimes

178E1 hum hum

179SM ça c'est des situations qu'on rencontre fréquemment . ou alors des gens qui ont déjà été orientés par la par les policiers . ce genre de quoi X

180E1 hum hum

181SP2 nous de temps en temps les médecins ont recours à . à des . à faire des consultations en psychiatrie . même dans les soins en chirurgie ça ça . c'est pas très fréquent mais ça arrive encore . de temps en temps X c'est à peu près tout

(DOMI.1.INF)

La plupart des stratégies citées ici relèvent de la catégorie «substitution». Il ne s'agit pourtant pas de stratégies de substitution intervenant directement dans l'interaction (au sens où le serait peut-être un médiateur-interprète), mais de stratégies relevant de la délocalisation spatiale, temporelle ou individuelle de la communication. En effet, on va dans tous les cas évoqués ici vers une collectivisation du problème, considérée comme le moyen de sa résolution. Cette collectivisation peut prendre la forme d'un partage en équipe («discuter entre collègues»), d'un recours à un spécialiste («une personne [...] est venue donner heu un cours»), d'un transfert vers une autre institution («on envoie aussi les gens heu à Bienne là à l'aide aux victimes») ou à des prises en charge interservices («faire des consultations en psychiatrie . même dans les soins en chirurgie»). Remarquons au passage que cette dernière stratégie

laisse présager d'une surreprésentation des migrants en psychiatrie, ce qui s'explique peut-être entre autres par l'expertise généralement reconnue à la psychiatrie en matière de communication (nous y reviendrons plus bas).

Le fait de tenter de résoudre le problème en dehors du temps et du lieu de la communication et d'en différer ainsi l'effet sur l'interaction avec le patient migrant risque alors de mettre le soignant dans une dynamique d'évitement. C'est certainement le cas lorsque le patient est confié à une autre institution voire à un autre service, dans la mesure où le soignant en question ne reste plus du tout acteur de la prise en charge. La question se posera aussi pour le recours à un médiateur-interprète professionnel (*cf.* ci-dessous).

L'intérêt est de constater que les stratégies que nous qualifions de substitution et d'évitement ne sont pas perçues, par les acteurs interrogés, comme négatives ou simplement moins efficaces, alors que les stratégies d'affrontement restent souvent peu valorisées ou balbutiées.

On fait aussi avec ce que l'on a

148SP2 donc c'est pas ce qui est mis toujours en priorité à ce niveau-là . et nous pour les soins aigus on arrive quand même plus ou moins à . bon j'dis pas que desfois y aurait y a peut-être eu des manques par certains moments mais des fois on fait aussi avec ce que l'on a

(DOMI.1.INF)

Le recours à la débrouillardise ou aux moyens du bord est présenté ici comme une sorte de résignation, moins grave pour ce secteur de soins mais tout de même peu satisfaisante («y a peut-être eu des manques»). Ceci provient peut-être de l'idée selon laquelle on peut difficilement bien se débrouiller, et que l'on sort dans tous les cas d'un comportement professionnel en l'absence d'outils reconnus et bien établis. Cette absence peut d'ailleurs être considérée comme normale et citée sans aucune crainte de dévalorisation, comme dans l'extrait suivant: «j'ai pas pu lui expliquer parce qu'elle parlait pas l'allemand» (DOMI.INF).

On trouve pourtant des infirmiers qui soulignent l'importance de leur rôle actif dans l'interaction verbale, même lorsque celle-ci pose problème. Ils mettent alors l'accent, sans les dévaloriser, sur des stratégies d'affrontement impliquant par exemple le travail de reformulation, donc un travail en discours et sur le discours.

Faire des reformulations

189SP1 à part que d'essayer que de discuter avec la personne faire des reformulations pour voir est-ce qu'il y a pas . un problème soit de langue ou de malcompréhension et essayer d'agir selon la situation . qui peut être différente

(DOMI.1.INF)

La reformulation constitue en effet une ressource importante pour la gestion de la conversation, surtout quand celle-ci est asymétrique du point de vue linguistique. Mais les stratégies de reformulation jouent aussi un rôle central dans la consultation médicale et l'interaction thérapeutique en général (*cf.* Apothéloz & Grossen, 1995). En fait, il s'agit non seulement de concourir à l'identification du problème, mais surtout d'arriver à une version des faits acceptable et reconnaissable de part et d'autre.

3.2 Représentations vs *pratiques*

Bien que le discours des infirmiers cite une majorité de stratégies de substitution ou d'évitement tout en semblant les valoriser, leurs pratiques effectives montrent un recours fréquent aux stratégies d'affrontement, ceci probablement pour la double raison suivante: d'une part, les infirmiers ne peuvent pas compter sur la disponibilité régulière de certains moyens annexes mais, d'autre part, en tant qu'interlocuteurs privilégiés des patients, ils ne sauraient renoncer trop facilement aux buts de communication.

Electrocardiogramme

1I alors ... je dois vous faire un électrocardiogramme
2P ouais
3I c'est un examen du coeur hein

(DOMI.INT.IR)

Cette courte séquence montre une reformulation spontanée de l'infirmière qui, face à un patient allophone, en l'occurrence irakien, tend à expliciter des éléments du discours qui semblent ordinairement aller de soi. La posture du soignant est intéressante, car elle prend ici pour cible le langage de spécialité, parfois encore plus crypté (ex.: ECG), qui n'est pourtant pas sans poser problème aux autochtones eux-mêmes.

Le travail de reformulation et, plus généralement, de formulation donne au soignant les moyens de prévenir et, le cas échéant, de résoudre divers problèmes de communication.

Maladies du coeur

1I euh: est-ce que vous avez (eu/euh?) des maladies du COEUR/
2P oui

3E X
4P (parle arabe avec son épouse)
5I malade du [coeur/
6P [oui pas: [XX
7E [pas malade
8I. donc vous avez des [douleurs
7E [mal
[
9P mal mal
10I mal
11P oui mal
12I euh: [mais::
13P [ici je sais pas le (coeur?) X je ne sais pas [XX
14I [ok\ d'accord\ . mais . euh::: est-ce qu'on vous a dit que le COEUR était MALADE
15P non . pas de malade
16I pas de MALADIE du coeur
17P non
18I d'accord

(DOMI.INT.IR)

Ici, on assiste à un riche travail de reformulation et de coopération entre l'infirmière (I), son patient (P) en procédure d'admission et l'épouse (E) de celui-ci. En 1, I souligne par l'intonation le noyau de sa question («COEUR»), ce qui dénote une stratégie de prévention. Toutefois, un malentendu ou une ambiguïté se tisse autour du terme «malade». Toute la négociation va ensuite servir à passer de la formulation «est-ce que vous avez des maladies du coeur» (en 1) à la formulation «est-ce qu'on vous a dit que le coeur était malade» (en 14), qui suppose l'identification préalable (identification verbalisée et donc inscrite: «on vous a dit») d'une pathologie par une personne autorisée («on»). Le travail de reformulation s'appuie sur le glissement de «malade» à «mal» par l'intermédiaire de «douleurs».

Ce travail de co-construction du sens est sans doute très important pour l'interaction soignant/soigné et pour la réussite d'un traitement. L'affronter avec les moyens du bord ne présente ici pas de grands dangers, mais demande certainement une participation plus active des uns et des autres. Les soignants, en relation quotidienne avec leurs patients, tendent à ne pas valoriser leurs ressources ordinaires, mises en place souvent très progressivement, et à s'en remettre trop vite à d'autres ressources pour le traitement de cas apparemment non standard. Les premières analyses de prélèvements d'interactions semblent montrer ce décalage entre des représentations, qui dévalorisent les stratégies d'affrontement, et des pratiques effectives, où ces stratégies sont souvent présentes.

4. La médiation-traduction comme stratégie de substitution?

Nous essaierons ici de réfléchir plus précisément à la médiation socioculturelle en termes de stratégie de résolution de problèmes amenant certes du côté de la substitution, mais restant toutefois en principe à l'intérieur de la situation d'interaction et de la prise en charge directe du patient. L'argumentation devra distinguer entre médiation-traduction professionnelle et non professionnelle.

Le tableau suivant montre les divers arguments – et leur nombre d'occurrences dans nos entretiens – élaborés autour de la traduction non professionnelle.

Traduction non professionnelle	**Nombre d'occurrences**
FAMILLE:	
Inconvénients:	
– Filtre	3x
– Pudeur (si enfant traduit, pasteur)	3x
– Manque de neutralité	3x
– Traduction partielle, trop orientée	2x
– Communication indirecte	2x
– Barrière sociale	1x
– Manque de disponibilité	1x
– Difficulté à savoir ce qui se dit exactement	1x
Avantages:	
– Donne des informations utiles	3x
– Connaissance de la culture	1x
– Personne relais	1x
PERSONNEL DE L'HOPITAL (médecin, assistant social, patient, infirmier, aide-soignant, nettoyeur):	
Inconvénients:	
– Méconnaissance de la langue	1x
– Traduction incomplète	1x
– Perte de sens	1x
Avantages:	
– Personne qui fait le lien	1x
– Connaissance de la langue du patient	1x

Le recours à un membre de la famille comme traducteur présente un certain nombre d'inconvénients aux yeux des soignants. Il est en effet perçu comme un filtre, qui retiendra certaines informations pour garder la maitrise de la situation familiale. Son manque de neutralité s'accompagne aussi d'un manque fréquent de disponibilité. De plus, il peut ériger (ou renforcer) une barrière sociale entre le patient et le soignant, ce qui brouille parfois davantage la communication. Tous ces aspects sont d'ailleurs, dans une mesure variable, attribués à toute situation de communication médiatisée par un tiers.

Si la traduction est effectuée par un enfant, la pudeur et la prudence de part et d'autre vont aussi occasionner des pertes d'informations (ex.: tentative de suicide de l'un des parents). Dans ce cas, le personnel soignant devra deviner les non-dits et «hasarder» des interprétations.

Une traduction par un membre de la famille comporte toutefois certains avantages, car cette personne peut amener des informations fort utiles notamment sur la culture, les valeurs, les habitudes du patient. Elle peut donc servir de relais et faciliter la communication, ce qui aura des conséquences sur les soins, leur qualité et leurs couts. Mais la relation en triade reste tout de même problématique (confiance, neutralité, etc.) et lourde en temps («chronophage»).

On retrouve certains de ces arguments pour la traduction effectuée par un membre du personnel de l'hôpital, mais on relèvera surtout la question du secret médical, qui lie la personne soignante mais non le tiers «quelconque». Pour les autres, il existe cependant le respect des droits du patient, comme le fait d'être compris et de comprendre, droit fondamental. Les avantages majeurs du recours à un membre du personnel se trouvent dans la connaissance qu'une telle personne a de la «culture» de l'hôpital, ce qui lui permet de servir de relais au sein même de l'institution. De plus, il s'agit de personnes souvent immédiatement disponibles.

Passons maintenant aux arguments présentés dans nos entretiens autour de la médiation-traduction professionnelle.

Traduction par le médiateur culturel	Nombre d'occurrences
Avantages:	
– Connaissance de la culture du patient	6x
– Connaissance de la culture du pays	3x
– Connaissance de la langue du patient	3x
– Formé à la technique d'entretien (meilleure qualité de l'entretien)	3x
– Meilleure compréhension pour le patient et le médecin	3x
– Personne neutre	3x
– Permet l'alliance avec le patient (confiance)	3x
– Favorise, facilite la communication	3x
– Le patient peut avoir un rôle actif dans la communication	2x
– Augmente la qualité des soins	2x
– Traduction complète	1x
Inconvénients:	
– Méconnaissance du milieu médical, des termes médicaux	2x
– Chronophage	2x
– Obligation de faire confiance à la personne qui traduit	1x

Le médiateur culturel «est un interprète qui traduit oralement ce qui est dit et qui joue un rôle capital de médiateur culturel. Grâce à ses connaissances des systèmes de valeurs, des représentations et des conceptions en jeu dans une situation, il peut jouer un rôle de passeur entre cultures» (Mader, 2000). Dans nos entretiens, il est perçu de façon plutôt positive. Son côté facilitateur se trouve notamment dans sa connaissance en communication, car il est formé aux techniques d'entretien. Ceci en plus évidemment de ses compétences culturelles et linguistiques, elles plus prévisibles. Le médiateur culturel est vraiment perçu comme ayant un rôle de médiation, de négociation dans la communication, voire de réorientation (ex.: recentrage de l'entretien). On lui reconnait une certaine neutralité, mais le secret médical n'a pas été mentionné, comme s'il allait de soi que les médiateurs culturels soient tenus au respect de l'éthique et de la déontologie d'une profession à laquelle ils n'appartiennent pourtant pas.

Toutes ces représentations, rapportées ici dans leurs contours les plus généraux, ne rencontrent toutefois pas le même écho dans les différents services, dont nous brossons maintenant quelques tendances.

5. Qu'en disent les différents services?

Dans nos entretiens, les besoins déclarés en traduction varient sensiblement selon les services.

Pour ce qui est de la **médecine** et de la **chirurgie**, le recours à un membre de la famille ou, de préférence, à un membre du personnel ne pose pas de grand problème.

Ça se passe assez bien la plupart du temps

137SP2 eh ben la plupart du temps nous on a soit recours avec du personnel heu pour la traduction dans la maison parce qu'il y a quand même pas mal de . ici d'étrangers donc heu j'crois qu'à ce niveau-là on arrive bon dans la mesure du possible où y sont . y travaillent ce jour-là . et puis la plupart du temps ben en général y a . excusez-moi mais la plupart du temps il y a au moins un élément de la famille une personne qui . arrive à à nous traduire heu . à être l'élément l'élément de communication entre nous et la personne

138E1 vous n'avez jamais recours comme heu à des interprètes ou

139SP2 non . parce que la plupart du temps soit . des Turcs heu ben on a eu ben . du personnel à une époque . qui pouvait . y a eu aussi . Yougoslaves nous avons plusieurs personnes aussi qui . heu .. bon en anglais y a quelques membres aussi de l'équipe qui parlent l'angl- enfin dans l'hôpital l'allemand enfin je veux dire heu c'est non . en général ça se passe bon à part heu .. non c'est peut-être été une fois mais ça c'est . on n'a fait jamais venir quelqu'un

140E1 mais ça pose pas de problème que ce soit un membre de la famille ou que ce soit un membre de du personnel qui traduise ou .. est-ce que t'as pu remarquer des des . ouais sentir quelque chose par rapport à ça ..

141SP2 à une époque on avait une petite fille là c'était peut-être très particulier parce que c'était une petite fille avec un comportement très difficile . et là peut-être mais c'était la famille qui qui nous donnait enfin qui était en lien avec elle . elle aussi parlait un petit peu le français mais c'est vrai que c'était une famille problématique . et là peut-être c'était pas l'idéal . mais je la plupart du temps . ce sont quand même des hospitalisations assez courtes . et . ça se passe assez bien la plupart du temps

[...]

149E1 hum hum d'accord donc ça a joué pour vous en médecine comment est-ce que ça se passe

150SP1 ben heu y a le même problème qu'elle vient de de soulever . et puis souvent on on y remédie soit la famille soit un membre du personnel de l'hôpital . soit si c'est des Yougoslaves ou Turcs . par contre on a aussi d'autres problèmes que l'on rencontre aussi souvent . c'est surtout les gens qui viennent pour heu OH (alcoolisme?) chronique ou dépression

(DOMI.1.INF)

Dans cette séquence, on remarquera en passant une oscillation intéressante entre marqueurs de généricité («la plupart du temps», «en général») et marqueurs de particularité («une fois», «très particulier»), qui imprime souvent l'argumentation des soignants, tout comme celle des institutions d'ailleurs. On s'occupe du général, mais le particulier se grave dans la mémoire. On peut

alors se demander quelle position occupent précisément les migrants dans cette dynamique.

Le propre des services de médecine et de chirurgie dans la prise en charge des migrants semble toutefois être dans des hospitalisations «quand même» assez courtes, argument qui reste néanmoins fortement modalisé.

Toujours en passant, on remarquera en 150 l'effet de glissement de la catégorie «migrants» à la catégorie «alcooliques» et «dépressifs», qui explique peut-être le repli facile sur les services de santé mentale.

Jamais de la famille

105E1 et puis vous avez recours quant vous avez recours à un interprète vous avez recours comment et puis heu à qui par exemple

106SM mais je crois que c'est une association à laquelle on s'adresse et puis heu qui nous donne des coordonnées

107E1 hum hum et ces interprètes c'est cela ça peut aussi être de la famille ou c'est toujours ou ça peut être [XX

108SM [non c'est jamais de la famille ou des gens qui sont connus par la personne même

(DOMI.1.INF)

En **santé mentale**, le recours aux interprètes est plus régulier mais n'est toutefois pas automatique (*cf.* extrait «la plupart du temps», ci-dessus). Il s'agit d'un moyen connu, mais dont on cerne mal les modalités d'accès (*cf.* modalisation «je crois» en 106). La famille ou l'entourage ne fonctionnent quant à eux jamais comme interprètes.

Le moins d'intermédiaires possible

147M (moi?) je pense .. je pense aussi en gynécologie des fois pour des interruptions de grossesse ou comme ça . ça peut poser vraiment des grands problèmes alors là c'est mieux d'avoir un médiateur professionnel qui vient vraiment de l'extérieur et pis qui est pas ... qui est pas connu par la famille\

[...]

164N moi je pense que dans: l'absdu/ . si euh: (quand/comme?) vous le demandiez oui . quelle est la meilleure des solutions/ . je pense que la meilleure d- enfin pour moi hein la meilleure des solutions c'est qu- . il y ait le moins d'intermédiaires possible

165E1 mhm [mhm

166N [et quand il y en a pas du tout ce serait vraiment l'idéal [je pense

(DOMI.4.MMA)

Le besoin de recourir à un médiateur professionnel semble exceptionnel pour la **maternité**, sans que l'on sache pour autant quel est le profil de cette personne qui vient «vraiment» de l'extérieur. Il est vrai en tout cas que l'on y véhicule des contenus très chargés socialement, en même temps catalyseurs et inhibiteurs pour la communication. Ces contenus sont en outre variablement chargés selon la culture, et il n'est pas sûr qu'une patiente préfère être

écoutée par un ressortissant de sa propre culture (*cf.* Billiez, 1981). En maternité, on semble prôner, dans l'absolu, le moins d'intermédiaires possible. Mais le problème reste la gestion de l'écart à cet absolu.

Après ce bref aperçu, nous nous arrêtons plus longuement sur la communication et la médiation en psychiatrie, mais nous pouvons déjà renvoyer au tableau en conclusion pour une synthèse et mise en parallèle entre médiation et stratégies de communication.

6. Communication et médiation en psychiatrie: enjeux généraux et spécifiques

Dans les lignes qui suivent, nous allons nous intéresser aux singularités les plus marquantes des modes et enjeux de la communication orale en psychiatrie (*cf.* Searle, 1985), domaine, s'il en est un, où l'interaction verbale dans la relation soignant/soigné n'est pas seulement souhaitable, mais essentielle:

C'est quand même la langue

37 D c'est notre problème c'est-à-dire qu'en psychiatrie (le/notre?) véhicule de travail c'est quand même la langue... mais peut-être euh pour les autres professionnels de la santé hôpital physique un geste chez nous par exemple un geste ça peut être mal interprété .. donc c'est vrai que par notre métier donc par notre métier la langue c'est très très important

(DOMI.4.MPS)

En premier lieu, nous prendrons pour point de départ l'évidence selon laquelle, dans ce cadre, toute thérapie pensée sur le long terme et ayant pour objectif la diminution progressive des souffrances psychiques du patient est compromise en l'absence de langue commune, étant entendu que, sans compréhension mutuelle, la parole perd sa valeur thérapeutique.

En deuxième lieu, nous parlerons volontiers d'espace de communication, envisagé selon deux axes, horizontal et vertical. La vision bidimensionnelle de l'espace permet, d'une part, de mieux mesurer en termes de distance (de proximité ou d'éloignement) la relation entre patient et soignant voire la relation triangulaire soigné/tiers (traducteur ou autre)/soignant et, d'autre part, de rendre compte de l'asymétrie des positions qu'occupent les acteurs dans le champ étudié, *a fortiori* quand le moyen assurant l'intercompréhension n'est plus du tout ou partiellement efficient.

Le face-à-face de la consultation psychiatrique est une relation ritualisée, le plus souvent évoquée comme une relation à deux, protégée de la «publicité» et ayant pour cadre un espace de communication défini par les critères du secret et de la confidentialité. Si l'on se propose d'examiner cette dyade, en

demeurant sensible au statut, à la place que les deux acteurs en présence occupent dans le contexte précis de l'interaction verbale, l'on finit, assez rapidement, par entrevoir que soignants et soignés ne parlent pas depuis «le même endroit», et que les enjeux de ce type de face-à-face soulèvent une série de questionnements non seulement quant à la place que chacun des acteurs occupe dans l'interaction mais aussi des interrogations en termes de reconnaissance des discours produits par les deux types d'acteurs, sachant que ceux-ci ne partagent pas des situations d'énonciation égalitaires. Ainsi, lorsque l'interaction à deux s'étend à trois acteurs, tous les items précédemment exposés sont modifiés et mériteraient, par conséquent, d'être redéfinis («pour un tête-à-tête ce n'est plus un tête-à-tête déjà ce n'est plus une thérapie», DOMI.4.MPS). Enfin, dans ce cadre analytique, nous prêterons à la communication trois fonctions:

- établir le contact, le maintenir et aboutir à un échange;
- traduire en mots les souffrances psychiques et/ou physiques;
- soigner (présuppose les deux premières fonctions).

La confrontation patient/soignant dans un espace où les ancrages communs sont fragiles aboutit très souvent à un sentiment de frustration, qu'exprime cette soignante dans l'extrait suivant.

C'est pas évident

36 B moi je dirais que ça m'est eu arrivé et ça peut être source de malentendus ça m'est eu arrivé avec des patients qui parlaient le- d'origine yougoslave et qui parlaient un ptit peu l'allemand alors j'ai essayé de faire plus ou moins les entretiens en allemand mais j'étais ja- j'étais jamais sure de vraiment comprendre le message tel qu'ils auraient voulu m'le faire passer donc je trouve des fois .. c'est pas évident ça reste vraiment un peu à ras les pâquerettes j'trouve pour certaines j'avais du mal vraiment à aller au fond des choses quoi faut vraiment bien maitriser la langue du patient pour euh être sûr de le comprendre vraiment moi je pense c'est quand même un obstacle et source de malentendus

(DOMI.4.MPS)

Quant à lui, le patient mesure son isolement et la distance qui lui reste à parcourir dans l'espoir d'obtenir non seulement une amélioration de la qualité de sa prise en charge, mais aussi un «remède» adapté à son symptôme. En ce sens, pouvoir dire son mal, être écouté et entendu représente non seulement son principal objectif mais aussi le moyen de sa guérison.

Les thérapeutes rencontrés au cours du recueil de données tentent de choisir d'ordinaire des stratégies d'affrontement voire de «légère» substitution pour contourner l'impression de vacuité dans l'espace qu'ils partagent avec le patient migrant. Le plus souvent, soucieux de protéger la confidentialité

inhérente à leur pratique, ils recourent à des «palliatifs» (dessins, gestes, langue véhiculaire) où le «faire tout seul» semble être privilégié. Ce n'est qu'en deuxième lieu qu'ils disent faire appel à l'aide d'un tiers. Appelés à se prononcer sur la nouvelle configuration de la relation thérapeutique, les psychiatres rencontrés livrent, au cours des différents entretiens, une vision pour le moins hétérogène de la relation triangulaire. Néanmoins, ils s'accordent à penser que celle-ci n'est opérationnelle que sur le court terme.

Court terme

119 D moi je vois bien pour le court terme donc pour l'intervention donc rapide hein donc une personne neutre qui sache traduire tout simplement mot à mot ce qui est dit .. comme je dois voir les choses à long terme là j'y vois pas très bien la troisième personne en tout cas dans notre métier dans ce qu'on fait ça peut être tout au plus un soutien hein donc pour le temps qu'il le faut mais pas dans le vrai sens d'une thérapie...

(DOMI.4.MPS)

Cette séquence montre en outre que la rapidité de l'intervention du tiers est liée au mode de traduction, le mot à mot. On peut lire derrière ce mode une représentation de la langue en termes de répertoire d'étiquettes, représentation largement dénoncée par la linguistique moderne, qui voit toujours la langue comme un filtre de la réalité. C'est pourquoi le tableau ci-dessous comporte, sous «médiation», une catégorie «médiation symbolique», qui concerne le recours à une autre langue.

En matière de stratégies de communication, au vu des observations effectuées sur le terrain, nous serions tentés de dire que la substitution, du point de vue du soignant, c'est la déclaration d'intention, alors que l'évitement en est le résultat. En effet, le rapport à l'altérité ne serait tolérable pour les deux acteurs qu'en termes d'évitement. Ainsi, quant à lui, le patient contourne une partie de ses appréhensions exacerbées par son sentiment d'insécurité à l'égard de l'univers hospitalier en général et psychiatrique en particulier, en surinvestissant le rôle du médiateur culturel. Dans d'autres cas[3], le médecin de même origine géographique peut également occuper, au plan des représentations des distances socio-économiques, une place de proximité en étant associé à un tiers aidant (voire à un compatriote) lui décodant les arcanes du réseau médical. Ce sentiment d'abolition de la distance entre le thérapeute et le soigné, facilitée par un phénomène d'identification pourrait, en théorie, créer les conditions idéales de l'alliance thérapeutique et jeter le ciment de l'espace transférentiel.

---

3 *Cf.* transcription de l'entretien avec un psychiatre de même origine que ses patients et exerçant dans la langue de ses compatriotes (DOMI 1 PSY 2).

Par la substitution voire l'évitement, le soigné migrant s'épargne une confrontation trop violente aux écarts linguistiques, culturels et sociaux perceptibles dans le milieu médical. Le soignant s'en sert quant à lui pour gérer les tensions liées à l'altérité ainsi qu'aux «mailles» laissées dans sa pratique.

Parmi ces stratégies, nous nous arrêtons maintenant un moment sur la place que le médiateur culturel ou le tiers non formé occupe dans l'espace de communication. En effet, ses frontières se modifient avec la présence de ce troisième acteur, porteur de nouveaux enjeux. Quel est son impact dans la relation? Est-il réellement perçu par les thérapeutes, à l'instar des patients migrants, comme un réducteur d'asymétrie, un guide interculturel réduisant les écarts linguistiques et culturels entre patients et soignants? Peut-il s'en tenir à une traduction «mot à mot», dès lors qu'il est sollicité pour traduire des mots qui, à leur tour, traduisent un monde de souffrances difficiles à mettre en paroles? Le recours à la médiation en cours de consultation n'est pas présentée par l'ensemble des soignants en psychiatrie comme une évidence. Ainsi, la plupart d'entre eux produisent un discours ambivalent. Celui-ci se caractérise avant tout par leur préférence pour une forme de médiation mécanique.

Appareil électronique

PSY 3 mais si l'idéal pour moi ça serait certainement un appareil électronique de traduction où on sait qu'il n'y a pas de tabou relationnel X et là admettre et ce qui est dit et noter y a pas d'interprétation

(DOMI. 1.PSY)

Cette dernière remplace idéalement toute forme de médiation humaine, ressentie comme un parasite de la dyade.

Double tranchant

105 C déjà si justement elle a une formation si l'interprète a une formation il risque déjà de faire sa p'tite cuisine en interprétant avant de retranscrire (rires de A) dans l'autre langue plus on est formé plus on a tendance à interpréter

106 B c'est juste aussi c'est à double tranchant je dirais un peu

(DOMI.4.MPS)

Le soignant semble percevoir la présence d'un tiers comme une menace de désordre s'immisçant dans sa pratique. De fait, celui-ci fait émerger, à bien des égards, une série d'interrogations concernant l'espace thérapeutique (relation d'asymétrie avec le patient, vision verticale des rapports entre les différentes positions sociales). De plus, sa présence active en tant que vecteur de communication éveille auprès du soignant en psychiatrie des craintes directement liées à la perte de contrôle de son rôle et au partage de l'exclusivité de son savoir.

Du métier

102 B pis assez neutre j'pense tout en ayant quelques notions des notions de base de psychiatrie X comme pis comme on doit lui faire confiance sur c'que la personne dit faut pas non plus qu'elle interprète c'que la personne dit faut que ça soit assez vrai pour qu'ensuite le médecin en face l'infirmière ou le thérapeute puisse après euh faire son travail: de manière objective quoi (acquiescements généraux) il faut faire attention aux interprétations de quelqu'un qui serait pas du tout du métier quoi

103 C justement c'est le plus grand risque déjà d'interpréter

(DOMI.4.MPS)

D'une part, cet extrait met l'accent sur la préférence, de la part des psychiatres, pour un médiateur professionnel et, d'autre part, il illustre dans leur discours la prégnance de leur souci de maitrise de la négociation du sens[4] («des notions de base de psychiatrie», «pas **du tout** du métier»). Le discours constitue à la fois un instrument de pouvoir et, quand il n'est pas partagé, un obstacle à la communication. Le confier à autrui permet certes d'éviter l'obstacle, mais risque en même temps d'enlever du pouvoir au soignant. La solution consiste certainement à ramener la résolution des problèmes de communication à l'intérieur même de la communication première et ordinaire à l'hôpital. Mais encore faudrait-il mieux connaitre les modalités et les éventuelles spécificités de cette communication, et être prêt à y intégrer le rôle de tout nouveau partenaire socioprofessionnel.

7. Eléments de synthèse

Comme nous l'avons dit en introduction, il ne s'agit pas de se prononcer pour ou contre le recours au médiateur culturel, mais de l'envisager dans une constellation d'autres moyens et de le mettre à l'épreuve des services. Les soignants sont conscients de l'existence effective ou possible de divers moyens, mais tendent malheureusement à dévaloriser trop rapidement leurs propres stratégies de «bricolage», correspondant dans notre typologie à des stratégies d'affrontement.

Le fait d'envisager de façon nuancée et plus ciblée l'effet de la médiation culturelle permet, tout en restreignant certainement le champ d'application, de mieux en montrer la pertinence et de la renforcer à long terme.

---

4 *Cf.* notamment Grossen (1992).

Médiation, stratégies de communication et services

Les différents services paraissent s'orienter variablement par rapport à l'utilité du médiateur-interprète professionnel, et donc par rapport aux stratégies à privilégier dans la prise en charge de la communication avec les migrants. Nous rendons compte de ces tendances dans le tableau suivant.

	Non-médiation	Médiation			
Type de médiation	Relation duelle	Médiation symbolique	Médiation non profess.	Médiation profess.	Tiers machine
Exemples	Communic. non verbale	Langue véhiculaire	Membre de la famille	Médiateur culturel formé	Ordinateur traduisant
Type de stratégies	Affrontement		Substitution	Evitement	Evitement
Type de service	Maternité		Médecine Chirurgie	Santé mentale	Santé mentale Maternité

Dans ce tableau, nous envisageons différents cas de figure, idéalement sur un continuum entre non-médiation et médiation. Plus on va vers la droite, plus la médiation est forte, organisée. Le cas de l'ordinateur est intéressant, car il revient en quelque sorte à un cas de non-médiation, du moins dans le discours des soignants, qui le perçoivent comme un outil non parasitant, transparent. En termes de stratégies, on glisse progressivement de l'affrontement à la substitution voire l'évitement à mesure que le soignant sort de la relation duelle. Quand il ne fait que recourir à une langue véhiculaire comme l'anglais ou l'espagnol, on peut considérer qu'il reste dans l'affrontement. Le problème se corse cependant avec l'apparition d'une tierce personne, qui pourra à notre sens aussi bien correspondre à une stratégie de substitution qu'à une stratégie d'évitement. Plus la communication se «décalera» de la relation soignant/patient, plus elle se «délocalisera», plus on pourra parler d'évitement. Dans ce cas, la résolution du problème s'effectuera en parallèle et échappera au couple d'acteurs premier. Dans une conversation à trois, le jeu reste subtil entre deux configurations possibles de l'espace d'interlocution: une triade ou alors deux dyades parallèles. Si le recours à un membre du personnel ou de la famille permet de rester assez facilement dans la triade – le tiers est un adjuvant du soignant et ne fait qu'intervenir ponctuellement dans «sa» communication –, il n'en va pas de même pour le médiateur professionnel, qui concourt plutôt, aux dires de certains praticiens, à organiser un second réseau de communication, plus parallèle qu'intégré au premier. Mais peut-être la situation en double dyade n'est-elle pas toujours la plus mauvaise.

Représentations de la communication

L'examen de la communication entre soignants et patients migrants ne fait pas, comme nous l'avons vu, que nous donner les clés d'un meilleur ciblage des moyens à déployer pour mieux prendre en charge cette catégorie de patients. Il permet aussi de mettre sous la loupe certains aspects du fonctionnement de l'interaction verbale à l'hôpital et dans les différents secteurs de soins. Nous avons choisi ici de rendre compte prioritairement du point de vue des soignants, acteurs centraux dans la communication en milieu hospitalier et dans la prise en charge du patient.

Bon nombre des arguments et des comportements des soignants sont ainsi à trouver peut-être dans leurs représentations de la communication et du rôle qu'elle joue dans les soins. Ces représentations touchent au moins les dimensions suivantes:

- relations entre actes soignants et «interstices»: les stratégies citées et/ou observées sont-elles utilisées variablement dans les «tâches» soignantes (actes délimités comme tels et relevant d'une intervention reconnue et programmable) et dans leurs «à-côté»?
- relations entre soins et communication: la communication ne fait-elle qu'accompagner les soins ou alors joue-t-elle un rôle premier dans leur configuration effective?
- nature de la communication: que veut dire communiquer, mal communiquer? peut-on communiquer sans parler? peut-on communiquer sans écouter? que faut-il entendre par médiation? peut-on ne pas communiquer?

La prise en charge des migrants nous renvoie à l'extrême complexité inhérente à l'interaction verbale et, plus généralement, aux relations sociales, notamment en milieu institutionnel. La gestion de cette complexité implique nécessairement sa partielle réduction et l'émergence de zones de figement, mais il est important de s'interroger sur ce qu'on évite réellement (et au profit de quoi ou de qui) dans la communication.

BIBLIOGRAPHIE

Apothéloz, D., & Grossen, M. (1995). L'activité de reformulation comme marqueur de la construction du sens: réflexions théoriques et méthodologiques à partir de l'analyse d'entretiens thérapeutiques. *Cahiers de l'ILSL, 7*, 177-198.

Bange, P. (1992). A propos de la communication et de l'apprentissage en L2, notamment dans ses formes institutionnelles. *Acquisition et interaction en langue étrangère (Aile), 1*, 53-85.

Billiez, J. (1981). Des échanges inter-communautaires en milieu hospitalier. In *Langues et Migrations*. Publications de l'Université des Langues et Lettres de Grenoble, Centre de Didactique des Langues.

Bischoff, A., & Loutan, L. (1998). *A mots ouverts, guide de l'entretien médical bilingue à l'usage des soignants et des interprètes*. Hôpitaux Universitaires de Genève, Département de médecine communautaire.

Del Castillo, J. C. (1970). The Influence of Language upon Symptomatology in Foreign-born Patients. *American Journal of Psychiatry, 127/2*, 160-162.

Gajo, L. (2000). Disponibilité sociale des représentations: approche linguistique. *TRANEL, 32*, 39-53.

Gajo, L., & Mondada, L. (2000). *Interactions et acquisitions en contexte. Appropriation de compétences discursives plurilingues par de jeunes immigrés*. Fribourg: Editions universitaires.

Grossen, M. (1992). Intersubjectivité et négociation de la demande dans un entretien thérapeutique. In M. Grossen & A.-N. Perret-Clermont (eds), *L'espace thérapeutique. Codes et contextes*. (pp. 165-191). Neuchâtel-Paris: Delachaux & Niestlé.

Journiac, C. (1996). L'évolution du langage infirmier, 1975-1990. *Soins, 607*, 33-37.

Lambert, H., Stoll, B., Singy, P. *et al.* (1999). Réseaux de soins, migration et adaptation interculturelle à Lausanne: évolution d'une recherche action. *Sozial- und Präventivmedizin, 44*, 272-279.

Mader, J. (2000). Etre compris et comprendre, un droit du patient/client. Fondamental. *Soins infirmiers, 8*, 66-70.

Marcos, L. R. (1979). Effects of Interpreters on the Evaluation of Psychopathology in Non-English-speaking Patients. *American Journal of Psychiatry, 136/2*, 171-174.

Massé, R. (1995). *Culture et santé publique: les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*. Montréal: Gaëtan Morin.

Schäublin, R. (1997). Quand la maladie permet d'exister. Accompagnement infirmier des requérants d'asile. *Soins infirmiers, 12*.

Searle, J. R. (1985). *L'intentionalité: essai de philosophie des états mentaux*. Paris: Minuit.

Singy, P. (1999). L'implicite dans la relation médecin/patient: le partage en jeu. *La linguistique, 35/2*, 183-194.

Weiss, R. & Stuker, R. (1998). *Interprétariat et médiation culturelle dans le système de soins. Rapport de base*. Neuchâtel: Forum suisse pour l'étude des migrations.

Zegelin, A. (1997). Préface. In *Sprache und Pflege*. Berlin/Wiesbaden.

170

Points de vue autorisés sur la consultation médicale soumise à traduction

Pascal SINGY
Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Service de Psychiatrie de Liaison,
CH-1011 Lausanne CHUV; pascal.singy@ling.unil.ch

Verbal language is particularly important in medicine. It enables the exchange between the physician and the patient and constitutes in itself a tool with preventive and curative potentiality. In this regard, migrant patients are dramatically discriminated against. Their inability to speak the local language in the medical setting can only enhance their state of distress which is already often significant because of the reasons behind their migration (e.g. political refugees). The presence of a professional who is able to ensure a veritable care giver/migrant patient mediation can restore an equilibrium between the local and migrant population. Results of a recent Swiss research action show that, contrary to patients, care givers are clearly divided concerning the limits of the roles of the professional interpreter. All care givers emphasised the necessity of the presence of an interpreter in consultations with migrant patients, however they did not all adhere to a common definition of the interpreter's function. A large number of them would like to see the interpreter's activity limited to a word for word translation. Other care givers criticised the perception of an interpreter as a translating machine. Convinced of the importance of cultural aspects in the definition of psychiatric troubles, they would rather see the interpreter as an agent whose action orientates the content of the consultation.

1. Préambule

Chaque jour, une poignée d'hommes et de femmes en quête d'un sort plus clément sont amenés à quitter leur pays pour tenter, parfois au péril de leur vie, de rejoindre le nôtre. Quand ils y parviennent, ces hommes et ces femmes ne viennent guère augmenter le nombre comptable de tous ceux qui, déjà là, forment ce qu'en termes administratifs, il est convenu d'appeler la population d'origine étrangère résidante de manière permanente, dont le poids représente un peu moins de 20% du total des quelque sept millions d'individus environ qui vivent sur le sol helvétique. Ils sont généralement enregistrés au sein d'une large catégorie démographique subsumant divers segments de populations (OFS, 2001): les «sans papiers», non recensés mais que des voix plus ou moins autorisées estiment à près de 300'000 (Zuppinger & Kopp, 2000), les travailleurs saisonniers (20'200 personnes), les titulaires d'une autorisation de courte durée (15'600 personnes) et les personnes relevant du domaine de l'asile (171'300 personnes).

La sèche abstraction de ces données chiffrées est incapable de rendre compte de certaines des réalités sociales qu'elles impliquent. C'est ainsi qu'au vu de la multiplicité des nationalités des personnes concernées, la Suisse se caractérise par une migration fortement polygénétique (Calvet, 2001) qui lui

Bulletin suisse de linguistique appliquée
No 74, 2001, 175-192 • ISSN 1023-2044

© 2001 Institut de linguistique
Université de Neuchâtel

confère, en conséquence, un paysage linguistique et culturel qui n'a rien à voir avec cette image d'une Suisse aux quatre langues dont l'officialité est inscrite pour chacune d'elles dans sa loi fondamentale. A telle enseigne qu'aujourd'hui par exemple, la langue albanaise constitue l'idiome le plus parlé en Suisse, après l'allemand, le français et l'italien, mais avant le portugais, l'espagnol et, bien évidemment, le romanche, pourtant langue officielle (Singy, 2001).

En outre, la mise ensemble statistique des personnes étrangères peut donner à penser ces dernières unies dans une même communauté de destins. Cependant, pour ne parler que de la population issue d'une migration récente, il y a loin entre le projet migratoire des fonctionnaires – au bénéfice d'une connaissance de l'anglais quand ils ne parlent pas une des langues nationales – travaillant dans une des nombreuses organisations internationales installées en Suisse et celui des requérants d'asile et des travailleurs saisonniers, lesquels, généralement sans pratique de l'anglais, ignorent souvent tout de la langue et des valeurs sociétales réglant la vie de tous les jours d'un lieu de résidence qu'ils n'ont pour la plupart pas choisi. Cette maîtrise ou non de l'anglais n'est pas sans incidence sur le quotidien des populations qui forment la migration récente. Elle apparaît même comme une source de claires disparités. Contrevenant de quelque manière à ce principe constitutionnel selon lequel nul ne doit subir de discrimination en raison notamment de son origine, de sa race, de son sexe ou encore de sa langue (Constitution fédérale art. 8), une de ces disparités les plus notables tient dans un accès inégal aux services publics où, parmi les langues étrangères, seul l'anglais peut prétendre assurer une fonction véhiculaire. Il en est ainsi de l'accès aux structures socio-sanitaires.

2. Les migrants et le système de soins

Mis à part les adeptes de cette position ruineuse, que l'on rencontre parfois en psychologie générale ou en nosologie médicale, qui voient dans les deux pôles de la relation médecin/patient des catégories abstraites socialement sans ancrage (Petrillo, 2000), plus personne, aujourd'hui, n'aborde scientifiquement cette relation en termes d'échanges – matériels et/ou symboliques – réciproques. On observe, à cet égard, chez les chercheurs qui font de cette relation leur objet d'étude un certain consensus pour voir en elle une relation essentiellement verticale ou asymétrique, que ceux-ci soient issus de l'anthropologie médicale (Massé, 1995), de la sociologie (Goffman, 1975), de la psychologie (Heath, 1993) ou de la linguistique (Gumperz, 1989, West & Frankel, 1991). En d'autres termes, il apparaît généralement admis qu'en

pénétrant dans l'univers médical, tout individu en quête de soins représente, pour un temps, un élément constitutif d'un espace social – ou mieux d'un champ (Bourdieu, 1987, 1992) – aux positions clairement inégales. Cette inégalité des positions au sein du champ médical résulte du jeu de toute une série de distances sociales (Trudgill, 1982) séparant le médecin du patient, distances en règle générale à l'avantage du premier et parmi lesquelles on trouve celles exprimées par une asymétrie comprise en termes de capital cognitif, interactionnel et institutionnel (Markovà & Foppa, 1991).

Dans l'univers médical comme ailleurs, les échanges verbaux supposent, afin de satisfaire aux attentes – communicationnelles – des interactants qu'ils impliquent, une actualisation opérée dans des conditions qu'il n'est pas toujours facile de réunir. Ainsi, pour qu'un énoncé soit interprété, au moment d'un échange donné, dans le sens attendu, il ne suffit pas que locuteur et allocutaire présentent des codes (socio)-linguistiques congruents. Il faut également qu'ils se retrouvent au plan de toutes les «circonstances» qui président à cet échange (Prieto, 1968), comprises évidemment celles que fondent les implicites culturels – conçus comme autant d'hypothèses relatives au monde ou aux actants en présence (Kerbrat-Orecchioni, 1993) – mobilisés de part et d'autre lors de la construction et du décryptage de l'énoncé en question. Régissant le choix de l'ensemble des éléments qui entrent en jeu dans le processus communicatif (thématisation, stylistique, euphémisation, posture, etc.), ces implicites culturels, par leur caractère récurrent et unifié tout ensemble, forment système à valeur dans les limites d'une collection d'individus socio-spatialement définie (Gumperz, 1989).

De ce point de vue, l'inégalité entre patients devant les structures de santé helvétiques apparaît comme un fait d'évidence. En regard des compétences linguistiques et des habitudes culturelles du personnel soignant travaillant dans ces structures, les patients issus de la migration récente – généralement privés des avantages de la véhicularité attachée à l'anglais en milieu médical – sont en effet dans une position moins avantageuse que les autres quand il s'agit d'exprimer leur souffrance et, partant, de recouvrer la santé. Les moyens mis en œuvre, en Suisse, par les structures socio-sanitaires pour tenter de corriger cette inégalité consistent, quand c'est possible, à faire intervenir un tiers dans la consultation, généralement un proche du patient – souvent un enfant – maîtrisant la langue locale ou l'un de ses compatriotes, employé dans ces mêmes structures à des tâches le plus souvent d'intendance. On imagine aisément les problèmes que peut engendrer une telle opération de traduction. A cet égard, on laissera au lecteur le soin de juger de

la fiabilité des propos traduits dans cette situation avérée – et dont la configuration est en contradiction avec l'une des règles premières de l'interaction entre les genres en Afrique de l'Ouest – impliquant un petit Malien de 12 ans à peine, appelé à faire le lien entre une interniste et sa mère souffrant de troubles gynécologiques.

Compte tenu de la nature des enjeux, toute tentative pour réduire les obstacles au bon déroulement des consultations, où chacun des protagonistes recourt, pour comprendre et se faire comprendre, à des systèmes sociolinguistiques et socio-culturels différents, apparaît de première importance. On voit mal comment agir dans ce sens autrement qu'en faisant appel à l'intervention de tiers capables d'assurer une traduction non mutilée (Wadensjö, 1998; Roy 2000; Davidson, 2000), autrement dit une traduction opérée par un professionnel pour qui les langues ne sont pas des nomenclatures et auquel on octroie une position lui permettant de garantir aux parties concernées un respect des différences entre leurs valeurs culturelles et sociales.

C'est précisément dans cet esprit que sont formés, par une association lausannoise – la fondation *Appartenances* –, des médiateurs interprètes culturels (dorénavant MCI), dont les premiers diplômés sont disponibles depuis1997, date du début d'une recherche financée par le FNRS[1]. Avec pour objectif le placement sur le «terrain» d'un certain nombre de MCI afin d'en évaluer les éventuels effets, celle-ci a été mise en route sur la foi d'un double présupposé. Le premier se résume dans l'idée-force voulant qu'une médiation interculturelle en milieu médical constitue une stratégie – dans les termes de Rappaport (1981) – d'*empowerment* à l'avantage tant des soignants que des patients migrants en ce qu'elle assure et aux uns et aux autres une meilleure maîtrise des actions par lesquelles ils s'engagent dans la consultation. Le second tient dans ce contenu de la théorie développée par Kiesler (1971) – dite de l'engagement – qui pose que l'individu ne s'avance pas tant dans la voie du changement par ses opinions ou ses convictions que par ses actes. De tels présupposés ne pouvaient conduire à d'autres stratégies d'expérimentation que celle héritée de la pensée de Lewin (1951). Avant de présenter un certain nombre de résultats montrant, entre autres, le degré d'adhésion d'un certain nombre de soignants habitués au jeu des positions du colloque singulier, à cette définition du MCI entendu comme un professionnel de la

1 Recherche réalisée dans le cadre du PNR39 «Migration et relations interculturelles» (requête n°4039-44832).

traduction, il est nécessaire de livrer quelques éléments de méthode précisant cette stratégie d'expérimentation.

3. Une recherche entre production de connaissances et action sociale

Compte tenu de la population qu'elle concerne et de la nature des données à produire, cette recherche a revêtu un caractère à la fois pluridisciplinaire s'agissant des chercheurs impliqués (médecins, linguistes, anthropologues et sociologues), et interdisciplinaire quant aux techniques mises en œuvre. Pour des raisons de faisabilité, le terrain d'observation a été limité à cinq structures socio-sanitaires lausannoises, organisées en réseau pour les besoins de la cause. Ces structures, où travaillent essentiellement des psychiatres, des psychologues, des médecins somaticiens et des soignants du monde para-médical, sont respectivement:

1) le département universitaire de psychiatrie adulte (DUPA) qui comprend le service de psychiatrie générale et spécialisée, d'une part, et le service de psychiatrie de liaison installé au centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) d'autre part. Ces services sont fréquentés par un certain nombre de patients migrants souffrant surtout d'affections psycho-somatiques et de troubles post-traumatiques (guerre, viol);

2) la policlinique médicale universitaire (PMU) qui, ayant une vocation d'ouverture sur la ville et la communauté, s'occupe des plus démunis, tout en constituant également un lieu de référence et de formation pour les praticiens installés. Son personnel soignant est amené à rencontrer quotidiennement des patients issus de l'immigration dont nombre de requérants d'asile;

3) le Département de Gynécologie et Obstétrique (DGO) du CHUV qui fournit des soins dans le cadre d'une hospitalisation et des traitements ambulatoires. Il est fréquenté par de nombreuses femmes migrantes. Ainsi, par exemple, en 1998, 314 des 519 patientes ayant demandé une interruption volontaire de grossesse étaient d'origine étrangère;

4) l'association *Appartenances* dont la mission est de favoriser l'autonomie et la qualité de vie des migrants par la découverte et l'utilisation de leurs propres ressources. Cette association tente de promouvoir la rencontre entre les migrants et la société d'accueil. Elle a mis sur pied divers projets tels un programme de promotion de la santé auprès des communautés migrantes et un service de consultations thérapeutiques;

5) la Fondation vaudoise pour l'accueil des requérants d'asile (FAREAS) qui est une institution à but non lucratif et a pour objectif de mettre en œuvre la politique du canton de Vaud en matière d'accueil des requérants d'asile. Elle apporte un soutien social, administratif et sanitaire à l'ensemble des personnes qui lui sont confiées.

L'hypothèse générale de la recherche admettait que la présence d'un MCI peut réduire une partie des obstacles inhérents à la rencontre médecin/patient migrant. La vérification d'une telle hypothèse supposait un plan d'expérience devant non seulement conduire à la production de connaissances mais également à l'établissement d'un certain changement durable – et de qualité pour les patients migrants – dans les limites du terrain d'enquête. Aussi la recherche ne pouvait-elle que présenter un profil apparenté à celui d'une recherche active. En effet, ce type d'étude, initiée dans les années 1950 (Lewin, 1947), a pour but de produire des connaissances tout en contribuant à la réalisation d'un objectif pratique, généralement compris en termes de changement (Kohn, 1989).

Les termes de l'hypothèse appelaient une comparaison entre deux situations d'observation distinctes: la situation d'une partie du champ médical lausannois circonscrit aux populations migrante et soignante avant une introduction *volontariste* de MCI et celle après l'introduction de ces mêmes MCI. Différentes démarches et techniques, s'articulant entre elles en un plan d'expérience, ont été mises à contribution afin de répondre aux trois objectifs préalablement assignés à la recherche. L'étude a demandé tout d'abord une identification des acteurs, de leurs relations et des contextes de ces relations. Pour être atteint, ce premier objectif a demandé la passation d'un questionnaire dans toutes les institutions engagées dans la recherche. Celui-ci a été rempli – sur une période d'un mois environ – par chaque soignant ayant une consultation avec un patient migrant établi depuis moins de cinq ans en Suisse.

Le deuxième objectif, en visant à réunir les conditions favorables à l'introduction et au recours de MCI dans le champ observé, a nécessité un travail d'information et d'explication auprès des populations soignantes intéressées par l'étude. Ces dernières ont ainsi été instruites, dans divers colloques, de la fonction du MCI et de ses répercussions sur la relation soignant/soigné.

Devant assurer l'observation de modifications dans les limites du terrain d'enquête, le troisième objectif a supposé une production, opérée en deux temps, de données d'une double nature. D'une part, des données quantifiées

ont été saisies grâce à certains éléments de réponses au questionnaire construit – pour partie seulement – en vue d'atteindre le premier objectif, ledit questionnaire ayant fait l'objet d'une double passation à 9 mois d'intervalle (T1 et T2). En effet, en plus des questions relatives à l'état des lieux, il présentait une série d'items à valeur d'indicateurs de changement une fois comparées les réponses qu'il appelait aux temps 1 et 2. D'autre part, des données subjectives relatives aux représentations développées par les acteurs impliqués ont été produites au travers de diverses techniques vivantes: questionnaires (soignants), entretiens (patients) et focus groups (soignants, MCI et patients). L'analyse – sémantique/thématique et discursive – des données subjectives a été le fait d'un travail collectif prenant en compte les conditions pragmatico-discursives dans lesquelles ces données ont vu le jour (Boutet, 1994).

4. Des résultats encourageants

Il n'est évidemment pas possible de dérouler ici l'ensemble des résultats liés à cette recherche, lesquels sont consignés ailleurs (Guex & Singy, 2001). On se contentera de livrer les plus saillants de ces résultats qui, tant au plan des *realia* qu'à celui des représentations forgées à propos de ces mêmes *realia*, indiquent un changement plus ou moins accusé en direction d'une réduction des écarts entre population soignante et population migrante.

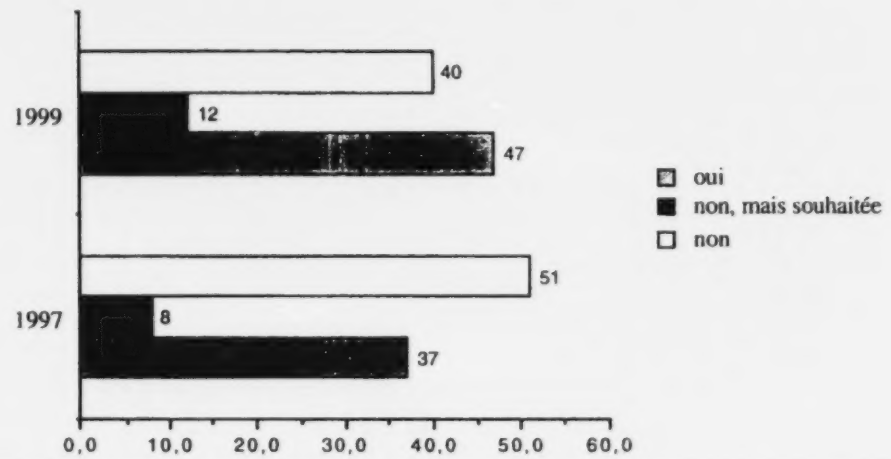
4.1 Un terrain en mouvement

Les données objectives, produites à l'aide d'un sondage opéré avant puis après l'introduction de MCI sur le terrain d'enquête, conduisent à l'établissement d'un double constat. Le premier tient dans le fait, non surprenant, que les structures socio-sanitaires lausannoises sont incapables de répondre aux besoins linguistiques de la population de migration récente qui les fréquente. En effet, plus de 70 langues différentes et de toute première importance au plan de la communication pour les patients concernés ont été recensées à chaque moment de l'étude, alors que, dans le même temps, les soignants se déclarent dans l'incapacité d'assurer une consultation dans une autre langue que le français, hormis, pour un bon nombre d'entre eux, l'anglais et l'allemand.

Le second constat rend compte d'une modification très sensible du terrain d'enquête après l'arrivée des MCI, quand bien même trop de consultations soignant/patient migrant (près de 20%) se déroulent encore en l'absence de

langue commune. Ainsi, à la fin de l'étude, on dénombre davantage de consultations réalisées en présence d'un tiers dans les institutions observées (cf. graphique 1). En effet, le recours à un tiers traduisant pour les consultations avec patient migrant progresse de 10% d'un temps de recherche à l'autre (p = 0.001), passant de 37% en 1997 (n = 673) à 47% en 1999 (n = 653). Parallèlement, il apparaît que le nombre des consultations en l'absence de tiers, mais où le soignant aurait souhaité une médiation augmente très sensiblement.

Graph. 1 : Présence d'un tiers lors de la consultation avec un migrant



Elément d'information autrement signifiant, ces mêmes données objectives révèlent que si le tiers participant à la consultation était, en 1997, principalement recruté parmi les proches du patient migrant, il n'en est plus de même en 1999. En effet, comme le montre le tableau ci-après, à cette date, on observe un recours accru – de l'ordre du simple au double – à des professionnels rémunérés par l'institution où se déroule la consultation (p = 0.0001). En outre, ce recours accru à des professionnels est confirmé par les données montrant que les tiers mis à contribution sont sollicités en majorité par les soignants eux-mêmes au temps 2 de l'étude, à savoir dans 68% des consultations saisies (p = 0.0001), ce qui n'était pas le cas au temps 1 où le désir de la présence d'un tiers était d'abord (56%) le fait des patients.

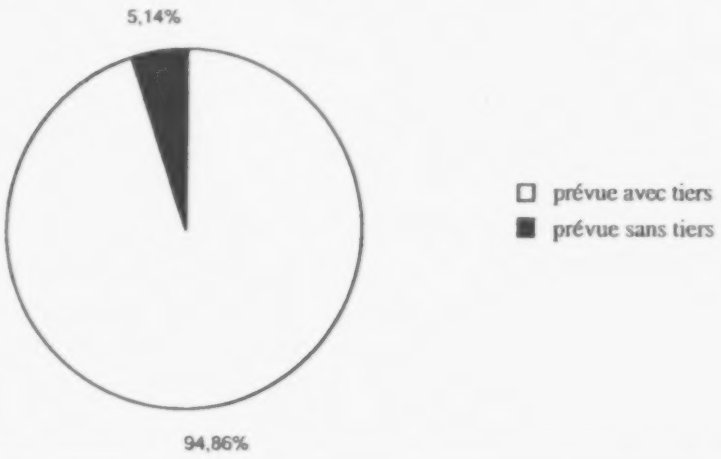
Tableau 1: Le profil des tiers

	1997		1999		p
Tiers présents	**n = 251**	**% a)**	**n = 307**	**% a)**	
...sollicités par:					**<0.0001**
- le patient, son entourage	141	56	91	30	
- le soignant de l'institution	99	39	208	68	
- le soignant qui a référé le patient	1	0.4	8	3	
... rémunérés:					**<0.0001**
- non	135	54	101	33	
- oui	90	36	206	67	

a) Les pourcentages se réfèrent au total des consultations en présence d'un tiers. Les pourcentages des sous-groupes n'égalent pas toujours 100% en raison de données manquantes.

On conclura avec ces données statistiques par un résultat, certes fondé sur des déclarations d'intention, ayant, à sa façon, lui aussi valeur d'indicateur de changement. Ainsi que l'illustre le graphique donné ci-dessous et relatif à un suivi éventuel du patient migrant, les soignants semblent, à tout le moins, avoir intégré la présence d'un tiers traduisant, puisque la quasi totalité d'entre eux (près de 95%; n = 253) déclarent agender leur prochaine consultation avec un patient migrant dans des conditions similaires.

Graph. 2 : Profil de la prochaine consultation agendée, pour celles s'étant déroulées en présence d'un tiers



4.2 Regards croisés

Les données saisies au travers des focus groups viennent quelque peu nuancer ces éléments chiffrés qui, globalement, tendent à montrer que le terrain d'enquête n'est plus identique à lui-même au terme de l'étude. Compris comme autant de positions catégorielles, trois points de vue ont été examinés. On commencera par présenter les aspects les plus topiques de celui exprimé par les différentes classes de soignants: psychiatres, médecins somaticiens et paramédicaux. Un tel choix est purement arbitraire et ne s'explique ni par le fait qu'il apparaît être le moins unifié, ni par le fait que, les choses étant ce qu'elles sont, il pèse sur l'avenir institutionnel de la médiation davantage que ceux émis par les patients migrants et les MCI.

Le point de vue des soignants

La plupart des soignants, et ce aux deux temps de l'étude, tombent généralement d'accord sur la nécessité de faire appel à un tiers traduisant lorsqu'ils rencontrent des difficultés de communication au moment d'une consultation avec un patient migrant. Le contenu de la citation ci-dessous, tirée d'un focus group soignants du temps 2, rend compte de manière exemplaire de ce consensus :

> ...toute cette vague de personnes arrivant de l'ex-Yougoslavie où, où, il est extrêmement précieux d'avoir quelqu'un de proche, non seulement pour la traduction, mais pour un sentiment d'être bien accueilli, mais il y avait souvent la situation, c'était de fait impossible de communiquer autrement que par cette personne, le médiateur culturel, ce personnage comme traducteur, c'est carrément une nécessité pour les besoins de la langue.

Il serait faux de voir dans l'opinion exprimée par ces propos l'expression d'une pensée unique. En effet, on rencontre quelques soignants, essentiellement parmi ceux issus de la médecine somatique, qui vont jusqu'à douter de l'apport bénéfique de la présence d'un tiers dans leur consultation. A preuve, la teneur de l'échange ci-dessous, tiré d'un focus group de médecins somaticiens du temps 2, valorisant le contact sans possibilité de communication verbale, contact perçu comme véhicule privilégié de contenus affectifs. Il est à noter ici qu'en raison, peut-être, de la conscience qu'ils ont de l'importance du verbal dans leur pratique, les psychiatres dénoncent unanimement – certains de manière très explicite – une telle pratique qu'ils considèrent comme relevant, dans les termes de l'un d'eux, d'une «médecine vétérinaire».

> Moi je ??? de passer outre le médiateur en fait et d'essayer d'avoir quand même le contact direct, même que les gens parlent pas, c'est très théâtral souvent.
>
> Ouais, moi je le fais aussi.

> Ouais, mais on a l'impression que tout d'un coup on a, enfin quand on arrive à avoir ce contact, même s'il est très ponctuel, peut-être incomplet, on a énormément plus d'informations que toutes les traductions que l'on pourrait faire.

Si, globalement, pour les soignants observés, la présence d'un tiers apparaît comme obligée dans leurs consultations avec des patients migrants, elle semble problématique aux yeux de beaucoup d'entre eux. A cet égard, plusieurs raisons sont avancées. Outre l'augmentation du temps de consultation que demande une traduction, de nombreux soignants insistent sur les risques engendrés par les interventions d'un tiers qui ne se limiterait pas à une transposition terme à terme des échanges médecin/patient. C'est bien ce qu'exemplifient les propos d'un des paramédicaux interrogés au second temps de l'étude, lequel insiste sur l'opposition – semble-t-il irréductible pour lui – entre les traces linguistiques «traduire» et «interpréter» pour livrer sa conception idoine de l'opération traduisante en milieu médical:

> [...] Ouais là aussi c'est à double tranchant quoi, bien que quand l'interprète interprète trop euh on a plus il traduit plus, il interprète uniquement, il traduit plus, il... voilà, est-ce que c'est d'un interprète ou un traducteur dont on a besoin [...]

Faisant écho au célèbre aphorisme de Jakobson *Traduttore, traditore,* la teneur de la citation ci-dessus révèle les contenus de la représentation que conçoit une majorité de soignants à propos du rôle du tiers traduisant. Ayant pour tâche limitée une stricte opération de traduction mot à mot, celui-ci est considéré davantage comme un instrument de travail, certes performant, que comme un véritable acteur à côté du soignant et du patient migrant. Présente aux deux temps de l'étude et révélatrice d'une certaine perspective biomédicale, cette conception outillière du tiers traduisant se dégage sans équivoque des propos suivants, qui témoignent de la crainte de voir ce dernier outrepasser les limites du rôle qu'on veut lui voir revenir.

> [...] Qu'il ait un peu de, qu'il sache se placer dans la situation en tant que, que instrument important mais qui est effectivement un peu ???, sache traduire, et d'un côté et de l'autre et puis qui ne coupe pas, qui n'ajoute pas, mais aussi qui ne commence pas à donner des conseils

A cette représentation majoritaire du tiers traduisant apparaissant tel un dictionnaire animé et que la collaboration durant un an avec des MCI ne modifie guère, on peut opposer celle qui émerge du discours d'un petit nombre de psychiatres – essentiellement – au deuxième temps de l'étude. Pour ces derniers, affranchis d'un certain *fétichisme* de la langue (Bourdieu, 1982), l'opération de traduction ne saurait être réalisée autrement que par un tiers engagé dans la consultation, tiers compris comme véritable partenaire dont la mission ne peut être assurée qu'au travers d'une «gestion» des problèmes interculturels. De surcroît, quelques psychiatres envisagent même

une définition du tiers traduisant en termes de co-thérapeute au bénéfice d'une formation en partie concomitante à la leur. C'est ce que résument les propos suivants tenus par un psychiatre dans un focus group du temps 2.

> [...] Pour résumer, mon médiateur est un médiateur qui est formé, avec les connaissances linguistiques, les connaissances de la technique thérapeutique, connaissances de l'institution, mais aussi quelqu'un qui est formé avec moi, c'est-à-dire moi aussi j'exige de moi-même que je sois formé avec lui.

Ces propos contrastent singulièrement avec ceux émis par certains médecins somaticiens qui, au temps 2 de l'étude surtout, sans remettre en question le bien-fondé de la prise en compte de l'aspect culturel dans les consultations avec un patient migrant suggèrent – donnant par là à penser que, pour eux, l'essentiel du travail du médiateur ressortit au domaine linguistique[2] – qu'une part de la gestion des problèmes interculturels pourrait leur revenir en vertu de connaissances acquises au travers de leurs expériences propres, de leurs lectures et d'informations diffusées par les médias:

> [...] c'était le problème souvent des Algériens et Kosovars, bêtement j'avais l'impression de connaître un petit peu, les enjeux et ce qui se joue dans leur pays, ça a une importance fondamentale, déjà on le sent tout de suite, il y a une connivence qui s'installe, [...] je trouvais que ça, c'était des choses toutes simples, il suffit d'entendre le TJ, [...]

Le degré de professionnalisation de la fonction de tiers traduisant constitue sans soute le thème qui sépare le plus radicalement, au plan catégoriel, les soignants interrogés dans le cadre de l'étude. Corps médical et corps paramédical s'opposent clairement sur ce point. Les médecins apparaissent moins enclins à restreindre le volet médical de la formation des MCI que les éléments du paramédical. Il n'est peut-être pas infondé de rendre compte de cette différence au travers de la crainte des soignants paramédicaux de voir leur position menacée par des médiateurs très – ou trop – qualifiés. En tout état de cause, la citation suivante illustre de manière éclairante l'expression de cette volonté assez généralisée du corps paramédical de voir les MCI limités dans leur formation:

> [...] Mais je suis pas tellement d'accord sur le, l'histoire que ça doit être un professionnel de la santé, pour dire, moi je suis même opposé quelque part, je crois que c'est pas un atout [...] l'interprète on lui demande pas d'être médecin pour traduire une conférence, mais on lui demande de connaître le vocabulaire,[...] je pense qu'on ne lui demande pas de savoir tout ce qui se cache derrière les mots qu'il est capable de traduire je pense.

---

2 On notera à cet égard que les données objectives semblent confirmer cette prédominance du linguistique sur le culturel: parmi les 558 consultations en présence d'un tiers saisies par notre questionnaire, on n'en relève aucune où, en l'absence de problèmes linguistiques, un médiateur aurait été néanmoins sollicité pour des besoins culturels.

Le point de vue des MCI

Pour leur part, les MCI discutent beaucoup leur rôle et leur statut, principalement au second temps l'étude, autrement dit pratique à l'appui. De manière répétée, ils font mention de cette volonté émanant d'un certain nombre de soignants de les cantonner dans une tâche de «pure» traduction terme à terme. Comme en témoignent les propos suivants, tirés du focus group MCI du temps 2, ils s'opposent fermement à cette conception réifiante d'eux-mêmes et se posent en sujets à part entière, en se nommant tels des «acteurs» ou des «co-intervenants» d'une rencontre résolument triadique.

> Nous sommes un des acteurs dans ce trio, le trilogue, et souvent c'est vrai que c'est pas facile ça dépend du contenu et là on devient, on peut pas être considéré comme des interprètes de traducteur pas comme une machine qui produit des mots, mais je crois comme à Appartenances, on collabore beaucoup et ils nous considèrent comme co-intervenant et ça c'est un travail très enrichissant, parce qu'on peut on a des moments de réflexion ensemble avec le psychothérapeute, et on peut construire quelque chose de plus solide, le travail ça se fait beaucoup mieux d'une qualité supérieure que, je vois mal en tout cas pour quelque chose de banal, l'entretien sans un interprète mais je pense que notre rôle est très important.

Par ailleurs, davantage au second temps de l'étude qu'au premier, les MCI insistent sur le professionnalisme attaché à leur fonction. Pour ce faire, ils tentent de présenter leur relation avec les patients comme se rapprochant de celles que ces derniers entretiennent avec les soignants. A cet égard, plusieurs d'entre eux en appellent à la question du genre. Arguant du fait que le patient, s'agissant de la concordance des genres, les place au même plan que le soignant, ceux-ci considèrent qu'ils ne devraient jamais être exclus, à l'instar des représentants du corps médical, d'une consultation pour une raison liée à la question du genre. Les propos d'une médiatrice s'exprimant au temps 2 sont révélateurs en ces matières:

> [...] pour moi il y a aucune différence, je prends très vite l'homme aussi comme très direct, je peux expliquer tout très ouvertement et je vois qu'au début l'homme a une certaine, a une certaine gêne alors je lui explique très vite que je suis là, comme le médecin, alors tout ce que je parle, je parle, je le prends comme un médecin comme une sœur [...]

Conformément avec le contenu de leur formation qui conçoit l'opération traduisante au travers de la double prise en compte du linguistique et du culturel (Métraux & Alvir, 1995), les MCI font des «coutumes» et des «mentalités» un des aspects centraux qu'ils sont amenés à retenir dans leur travail quotidien de mise en relation en milieu sanitaire. C'est en tous cas ce que semble montrer le contenu de l'extrait suivant issu du focus group MCI du temps 2:

> Et c'est même, je pense qu'un interprète, et le rôle d'un médiateur c'est de connaître bien, bien la langue, même la langue populaire, la langue littéraire, et les coutumes, les mentalités de son propre peuple.

On terminera avec le point de vue des MCI en signalant une proposition venant de certains d'entre eux et formulée en des termes qui, quelquefois, ne sont pas sans rappeler une certaine rhétorique médicale qui place «le bien du patient» au centre de toute préoccupation. Cette proposition, découlant de la conviction qu'en règle générale les soignants sont assez démunis en face des MCI, vise à la mise en place d'une formation spécifique destinée au personnel soignant dans le but de lui apprendre la co-gestion d'une consultation à trois partenaires. Formulée, on s'en souvient par plusieurs soignants, cette proposition est clairement évoquée dans l'extrait du focus group MCI du temps 2:

> Je veux juste rajouter brièvement pas par rapport à l'importance de la formation bien sûr, c'est inimaginable de travailler avec un bon interprète médiateur culturel sans être formé, mais ce qui faut c'est une formation par rapport au soignant, au professionnel et ça on voit l'absence de cette formation, les gens qui sont peu sensibles, travailler avec des médiateurs culturels travailler avec des migrants c'est plus que nécessaire [...] Les gens ne savent pas nous utiliser, ils ne savent pas.

Le point de vue des patients

A la différence des soignants, les patients interrogés au travers d'entretiens et de focus groups ne témoignent pas d'une ambivalence face au professionnel de la traduction. L'analyse de contenu des discours collectés montre, pour l'essentiel, un consensus de leur part sur la nécessité foncière de la présence d'un tiers dans la consultation, vidée de sens en l'absence de langue commune. Cette position unanime peut être rendue par les propos suivants, émanant d'une patiente en provenance de la Kosove:

> Chaque fois quand j'étais chez un médecin sans interprète, le rendez-vous s'est fini sans succès.

Il est important de relever qu'aucune voix ne s'est fait entendre parmi les patients migrants pour vanter les mérites – soulignés par certains soignants – de la communication non-verbale. En outre, on note qu'invités à le faire, les patients migrants sont tout à fait aptes à décrire le profil d'un médiateur idéal. Ils s'accordent en général pour souhaiter voir ce dernier faire état des qualités suivantes: neutralité, professionnalisme, confidentialité et disponibilité à offrir un accompagnement dans la durée. Ce souhait de continuité dans le suivi apparaît bien dans la citation suivante (T2):

> Oui, il y a plusieurs sortes d'interprètes: il y a ceux qui traduisent seulement ce que tu dis, il y a des interprètes qui aident plus, ils sont spécialisés et qui se forment régulièrement. Le dernier peut aider plus, il vient plutôt avant le rendez-vous, et il écoute tout ce qu'on raconte et enfin il essaye d'aider au maximum, et puis même après le rendez-vous ils sont disponibles de nous aider, de nous accompagner etc., quand l'interprète est correct donc, ...

La question de la «culture» est, pour sa part, abordée avec une relative circonspection par certains patients. Ainsi, plusieurs d'entre eux ont exprimé une certaine défiance face à l'utilisation de la notion de différence culturelle, qui porte en elle les germes d'un effet possible de stigmatisation. Plusieurs prises de position en lien avec le rôle de l'aspect culturel dans la consultation en témoignent (T2):

> Pour se soigner, on ne regarde pas la culture et d'autres choses personnelles.
>
> On ne doit pas regarder si un patient est Albanais ou Serbe.

Seuls les problèmes liés à la différence de genre semblent constituer un domaine d'exception où les patients migrants souhaitent une prise en considération de particularités relevant de l'ordre du culturel. Les citations données ci-après se caractérisent toutefois par des formulations sans traces linguistiques impliquant spécifiquement leurs énonciatrices. Ainsi la première d'entre elles se fait la porte-parole d'une amie, tandis que la seconde réfère à des groupes aux contours flous désignés par le pronom «nous». Leur réserve à ce sujet pourrait témoigner d'une volonté de signifier qu'en ce qui les concerne personnellement, ces énonciatrices n'entendent pas prétendre à un traitement particulier. Par là même, elles semblent également souligner la variabilité des besoins de prise en compte des particularités culturelles au sein de l'univers des patients migrants:

> Ma copine a eu un rendez-vous chez un gynécologue, son mari a annulé le rendez-vous à cause du médecin, il a voulu que le gynécologue soit une femme.
>
> Nous vivons dans différents environnements sociaux, c'est le droit d'une femme de choisir, si l'interprète est une femme ou un homme.

5. Conclusions

De ces résultats commentés, on peut tirer plusieurs éléments d'information à valeur conclusive. Tout d'abord, ramenés à l'hypothèse, ils semblent confirmer, au moins partiellement, les termes de cette dernière. En effet, on observe un recours accru à des professionnels rémunérés, généralement sollicités par les soignants. Cette évolution témoigne visiblement d'une volonté de ces derniers de donner à leurs patients la possibilité de pouvoir être entendus. En ce sens, tout donne à penser que le champ médical, limité à notre terrain d'enquête, n'est plus le même au terme de l'étude. L'analyse de contenu des représentations sensibles vient partiellement corroborer cette interprétation. Elle montre effectivement que les trois catégories d'acteurs ne remettent pas en cause l'utilité de la présence d'un tiers dans les rencontres soignant/patient migrant sans langue commune.

Parallèlement, ces résultats révèlent que les acteurs engagés dans la consultation avec un patient migrant ne sont pas unanimes s'agissant du rôle qui revient au tiers traduisant. Une des différences les plus accusées entre les opinions concerne l'étendue du domaine de compétence réservé à ce tiers, étendue variant, surtout, en fonction de l'importance accordée à la notion de «culture». A cet égard, un rapprochement des positions pourrait être opéré au travers d'une formation adressée au personnel soignant qui insisterait sur les implications d'une consultation *pleinement* triadique, tout en montrant, dans le même temps, qu'une opération de traduction, pour limiter au minimum l'inévitable entropie qu'elle engendre (Vinay, 1968), se doit de considérer l'activité langagière dans toutes ses dimensions, celles de nature socio-culturelle comprises. Une substitution de dénomination du tiers traduisant pourrait constituer un pas utile en direction des patients. En effet, le synthème «médiateur culturel-interprète» a toute chance d'être en partie à l'origine de la méfiance que l'intervention de l'acteur ainsi désigné inspire à nombre de patients migrants. Peut-être, trop connoté négativement, celui-ci devrait être écarté au bénéfice des termes de traducteur ou d'interprète (Singy & Weber, 2000), sans pour autant modifier quoi que ce soit au contenu de son référent.

Ces considérations invitent tout naturellement à rappeler qu'une véritable recherche action n'est pas que de portée pratique, mais offre également un apport au plan de la connaissance. L'étude présentée dans ces pages n'échappe pas à la règle. Un seul exemple. L'analyse de contenu des focus groups révèle, s'agissant des acteurs concernés, un certain nombre de tensions engendrées par la présence de professionnels de la traduction dans les limites de notre terrain d'enquête. Il suffit ici de se souvenir de cette claire défiance des paramédicaux à l'idée d'un tiers trop formé dans le domaine de la santé dont l'essentiel doit, selon eux, leur être réservé. La mise en lumière de pareilles « luttes pour la place» n'est pas sans être théoriquement informante. Elle montre en effet tout l'intérêt d'une appréhension des rapports sociaux par le biais de théories – ainsi celle formulée par Bourdieu et fondée sur les notions de champs et de positions – comprises en termes d'antagonismes sociaux. Cependant, la validité de telles théories suppose de la part de leurs auteurs de ne pas succomber aux tentations du déterminisme et de rendre justice à la féconde notion sartrienne d'«autonomie relative». C'est du moins ce qu'invite à penser ceux de nos résultats qui donnent à voir un corps médical loin d'être homogène dans sa conception du tiers traduisant, en ce que ce dernier se voit assigné par les praticiens des rôles aussi éloignés que le sont ceux de «machine à traduire» et de co-thérapeute.

Ces éléments théoriques pourraient, à l'évidence, être d'une certaine utilité pour les responsables de la gestion des structures socio-sanitaires fréquentées par les migrants ignorant tout de la langue et de la culture locales et, donc, ayant besoin à leur côté d'un professionnel de l'activité de la traduction. A cet égard – et pour conclure – tout indique que le recours à ces mêmes professionnels pourrait être fort utile en d'autres circonstances que celles qui réunissent soignants et patients de migration récente. Ainsi ne trouveraient-ils pas *pleinement* leur place dans les consultations impliquant des patients étrangers établis en Suisse depuis longtemps, mais dont l'acquisition de l'allemand, du français ou de l'italien s'est opérée dans des conditions telles qu'elle les laisse souvent démunis devant ces hommes et ces femmes vêtus de blanc?

BIBLIOGRAPHIE

Bourdieu, P. (1982). *Ce que parler veut dire*. Paris: Fayard.

— (1987). *Choses dites*. Paris: Ed. de Minuit.

— (1992). *Réponses: pour une anthropologie réflexive*. Paris: Ed. du Seuil.

Boutet, J. (1994). *Construire le sens*. Berne: Peter Lang.

Calvet, L-J. (2001). La ville et la gestion *in vivo* des situations linguistiques. In L-J Calvet (dir.), *Le plurilinguisme urbain*. (pp. 11-30). Paris: Didier Erudition.

Davidson, B. (2000). The interpreter as institutional gatekeeper: The social role of interpreters in Spanish-English medical discourse. *Journal of Sociolinguistics*, 4/3, 379-405.

Goffman, E. (1975). *Les rites d'interaction*. Paris: Ed. de Minuit.

Guex , P. & Singy, P. (eds) (2001). *Les migrants face au système de soins: l'exemple lausannois*, sous presse.

Gumperz, J. (1989). *Engager la conversation*. Paris: Ed. de Minuit.

Heath, C. (1993). Diagnostic et consultation médicale: la préservation de l'asymétrie dans la relation entre médecin et patient. In J. Cosnier & M. Grojean (eds), *Soins et communication. Approche interactionniste des relations de soins*. (pp. 65-83). Lyon: Presses universitaires de Lyon.

Kebrart-Orecchioni, J. (1993). Introduction. In *Dictionnaire de la communication*. (pp. 251-253). Paris: PUF.

Kiesler, C.A. (1971). *The psychology of commitment*. New York: Academic Press.

Kohn, R.C. (1989). L'observation participante et la recherche-action: une comparaison. *Pratiques de formation, 18*, 69-74.

Lewin, K. (1947). Group decision and social change. In M. Macobi (ed.), *Readings in social psychology*. (pp. 197-211). New York: Holt.

— (1951). *Field theory in social science*. New York: Harper.

Markovà, I. & Foppa, K. (1991). *Asymmetries in dialogue*. Hemel Hempstead: Harvester Wheatsheaf.

Massé, R. (1995). *Culture et santé publique: les contributions de l'anthropologie médicale*. Québec: Presses de l'Université du Québec.

BEST COPY AVAILABLE

Métraux, J.C. & Alvir, S. (1995). L'interprète: traducteur, médiateur culturel ou co-thérapeute. *Interdialogos*, 2, 22-26.

Office fédéral de la statistique (2001). *Statistique suisse*. http://www.statistik.admin.ch

Petrillo, G. (2000). La psychologie sociale dans le cadre des sciences sociales de la santé: questions et perspectives. In G. Petrillo (dir.), *Santé et société*. (pp. 13-44). Paris-Lausanne: Delachaux & Niestlé.

Prieto, L. (1968). La sémiologie. In A. Martinet (dir.), *Le langage*. (pp. 93-144). Paris: Gallimard.

Rappaport, J. (1981). In praise of paradox: A social policy of empowerment over prevention. *American Journal of Community Psychology*, 9, 1-26.

Roy, C. (2000). *Interpreting as a discourse process*. New York: Oxford University Press.

Singy, P. & Weber, O. (2001). Le tiers traduisant dans la relation médecin/patient migrant: quelle place et quelle désignation? In L.-J. Calvet (dir.), *Le migrant et la ville*. (pp. 431-442). Paris: AUPELF/UREF.

Singy, P. (2001). La Suisse: un ensemble territorial plurilingue et pluriculturel. *Actes du colloque de la Société internationale de linguistique fonctionnelle, Lugano 1999*, sous presse.

Trudgill, P. (1982). *Sociolinguistics: An Introduction*. Harmondsworth: Penguin Books.

Vinay, J.-P. (1968). La traduction humaine. In A. Martinet (dir.), *Le Langage*. (pp. 729-757). Paris: Gallimard.

Wadensjö, C. (1998). *Interpreting as interaction*. London: Longman.

West, C. & Frankel, R.M. (1991). Miscommunication in medicine. In N. Coupland & H. Giles (eds), *Miscommunication and Problematic Talk*. (pp. 166-194). London: Sage Focus Edition.

Zuppinger, B. & Kopp, C. (2000). *Plan d'intervention pour la prévention du VIH/sida parmi la population migrante subsaharienne*. Berne: Institut d'ethnologie/OFSP.

Barrières linguistiques et communication dans une policlinique de médecine

Alexander BISCHOFF, Louis LOUTAN & Hans STALDER
Hôpitaux Universitaires de Genève, Département de Médecine Communautaire,
CH-1211 Genève 14

> Kommunikation hat also etwas zu tun mit Verantwortung. Wer kommunizieren will, muss sich mit seinem Partner «gemein» machen, wie es das lateinische Adjektiv «communis» zu verstehen gibt.
>
> Peter Höfle

Wie steht es mit der Verantwortung, sich mit dem Gesprächspartner *communis* – «gemein» – zu machen, wenn der fremdsprachig ist? Wie wird die Verantwortung für die Kommunikation wahrgenommen, wenn Sprachbarrieren bestehen? Und wie sieht diese Verantwortung im Gesundheitsbereich aus? Im Universitätsspital Genf wurde dies im Rahmen eines Pflegequalitäts-Projektes untersucht. Die Studie zeigt, dass Französisch nur in 36% aller Fälle die Muttersprache der Patienten war, welche die medizinische Poliklinik während zwei Monaten (1999) aufsuchten. Zudem sprach mehr als ein Drittel der Patienten, entsprechend den Angaben der Ärzte, nicht fliessend französisch. Die Auswertung der von Patienten und Ärzten ausgefüllten Fragebogen ergab folgende Resultate: Fremdsprachige Patienten bewerteten die Kommunikation in der Sprechstunde dann am besten, wenn ein qualifizierter Dolmetscher zugegen war, weniger gut, wenn auf eine Drittsprache ausgewichen wurde, und noch weniger gut, wenn Patientenangehörige Ad-hoc-Übersetzungsdienste verrichteten. Auf der Ärzteseite wird die Kommunikation mit französisch sprechenden Patienten durchwegs besser bewertet. Was die Kommunikation mit fremdsprachigen Patienten angeht, werden oft höhere Bewertungen der Kommunikation angegeben, wenn der Arzt allein dem Patienten gegenübersitzt (d.h. also eine «Verkehrsprache» benützt), im Durchschnitt jedenfalls höher als wenn ein Dolmetscher anwesend ist. Am wenigsten gut kam auch hier, und zwar mit weit grösseren Unterschieden, die Kommunikation mittels Angehöriger weg. Die Zufriedenheit der Ärzte mit den qualifizierten Dolmetschern war sehr gross (8,8 im Durchschnitt, bei einer Skala von 1-10).

Introduction

Qu'en est-il de la responsabilité de se faire comprendre par son interlocuteur, quand celui-ci parle une autre langue? Comment cette responsabilité est-elle assumée lorsque des barrières linguistiques existent? Et qu'en est-il de cette responsabilité dans le secteur des soins de santé? Des études effectuées dans trois policliniques médicales en Suisse ont montré que les problèmes de communication rencontrés par les médecins dans leurs contacts avec des réfugiés et des demandeurs d'asile étaient principalement de nature linguistique et que trois quarts des médecins concernés jugeaient la traduction indispensable (Blöchliger, Tanner, Hatz & Junghanss, 1997; Blöchliger, Ries, Gonon, Loutan, Mark, Vetterli, Tanner, Hatz & Junghanss, 1998). Les enquêtes menées à Bâle, Berne et Genève en 1994 ont par ailleurs montré

Bulletin suisse de linguistique appliquée
No 74, 2001, 193-207 • ISSN 1023-2044

© 2001 Institut de linguistique
Université de Neuchâtel

que, dans la plupart des cas, l'interprétation n'était pas assurée par des interprètes qualifiés, mais bien par la famille ou les amis des patients. Très souvent dès lors, la communication avec la clientèle de demandeurs d'asile et de réfugiés, principalement allophones, n'était pas satisfaisante.

Méthodes

Dans le cadre d'un projet visant à améliorer la communication avec les patients allophones (*«Projet Qualité HUG»*), nous avons mené une enquête au sein de la policlinique du *«Département de Médecine Communautaire»* (Hôpital universitaire de Genève) afin de voir comment, après l'instauration d'un service d'interprétation, étaient abordés les barrières linguistiques et les problèmes de communication avec les patients allophones. La policlinique de médecine est l'institut de l'hôpital universitaire responsable des soins de base médicaux ambulatoires. Des médecins assistants ayant suivi une formation complémentaire de plus de trois ans assurent les consultations avec ou sans rendez-vous. Deux questionnaires contenant à chaque fois 18 questions (le plus souvent à cocher) sur la qualité de la communication, de l'interaction et de la compréhension lors des consultations, ont été élaborés; l'un s'adressant aux médecins, l'autre aux patients. Le questionnaire destiné aux médecins était joint au dossier du patient avant la consultation et il fut à chaque fois complété à l'issue de celle-ci. Le questionnaire destiné aux patients, disponible en dix langues (français, albanais, serbo-croate, anglais, allemand, portugais, espagnol, italien, turc et arabe), fut lui aussi complété immédiatement après la consultation. Une assistante informait les patients sur la procédure et le but de l'enquête, distribuait les questionnaires et répondait aux questions éventuelles. Les patients francophones faisaient office de groupe de contrôle et devaient également compléter le questionnaire.

A l'automne 1999 (en début de semestre), les nouveaux assistants médecins ont pris leur service à la policlinique. Ils n'avaient pas encore beaucoup d'expérience en matière de contact avec des allophones et ignoraient encore que plus de la moitié de tous leurs patients seraient d'origine étrangère et qu'en outre, la moitié de ceux-ci ne maîtrisaient pas le français. Dès leur entrée en service, ils ont dû se débrouiller dans leurs contacts avec les allophones. Ils avaient trois possibilités pour communiquer avec les patients allophones: soit, au moyen d'une «langue véhiculaire» (donc dans une langue autre que la langue maternelle du patient), soit avec l'aide d'un parent ou d'une connaissance du patient, qui faisait office d'interprète, soit encore – et cette possibilité a été souvent soulignée dans le cadre de formations

190

complémentaires et de sessions d'information – en recourant à des interprètes qualifiés, qui faisaient partie du service d'interprétation accrédité officiellement par l'hôpital (Croix- Rouge genevoise).

Pour évaluer la qualité de la communication lors des consultations, les patients devaient répondre à des questions en les cochant d'une croix sur une échelle allant de 1 à 10. Les questionnaires se sont inspirés de ceux élaborés dans le cadre d'études sur l'interaction médecin-patient et sur la satisfaction des patients (Flocke, 1997; Hayes & Baker, 1998). Dans le cadre de notre enquête axée sur les allophones), les questions suivantes ont été reprises et adaptées:

Questions pour les patients	**Questions pour les médecins**
Comment trouvez-vous les explications du médecin?	Comment trouvez-vous les explications du patient?
Comment trouvez-vous la communication entre vous et le médecin?	Comment trouvez-vous la communication entre vous et le patient?
Comment trouvez-vous le déroulement de la consultation en général?	Comment trouvez-vous le déroulement de la consultation en général?
Comment trouvez-vous les informations sur le suivi après la consultation?	D'après vous, le patient a-t-il compris les explications sur le suivi après la consultation?

Résultats

Les résultats exposés ci-après proviennent de l'évaluation de tous les questionnaires complétés pendant deux mois (par les médecins et les patients) et fournissant des informations sur 638 consultations au total. Celles-ci comprenaient également les consultations générales des patients qui pour la première fois ou non venaient en consultation à la policlinique médicale du *«Département de Médecine Communautaire»* (DMC), ainsi que les consultations dans le service des urgences attaché au DMC.

Langue maternelle et compréhension

Pour seulement 226 (36%) des consultations examinées, le français était la langue maternelle du patient (voir tableau 1). Les langues maternelles les plus souvent citées étaient l'albanais, l'espagnol, le serbo-croate/bosniaque, le portugais, l'italien, le somalien et l'arabe. L'allemand, le persan (également appelé le farsi), l'anglais, le tigrinien (la langue principale en Erythrée), le turc, l'amharien (la langue principale de l'Ethiopie), le russe, le kurde et le tamoul ont également été mentionnés quelques fois (entre 4 et 14 fois).

Au total, 232 patients (36%) ne parlaient pas couramment le français, selon les données des médecins à qui il était demandé de répondre à la question *«Le patient parle-t-il couramment le français?»* en cochant la case *oui* ou *non*. Ci-après, ces patients seront désignés par allophones. Dans 47% des consultations «allophones», le médecin et le patient devaient se tirer d'affaire sans aucune aide linguistique; dans 14% un parent ou une connaissance du patient était présent et dans 39% des consultations, on disposait d'un interprète qualifié.

Tableau 1

Langue maternelle du patient

Langue maternelle	Nombre	%
Français	226	35,4 %
Albanais	71	11,1 %
Espagnol	44	6,9 %
Serbo-croate [a]	41	6,4 %
Portugais	36	5,6 %
Italien	32	5,0 %
Somalien	25	3,9 %
Arabe	20	3,1 %
Allemand	14	2,2 %
Farsi	12	1,9 %
Anglais	12	1,9 %
Tigrinien [b]	9	1,4 %
Turque	7	1,1 %
Amharique [c]	6	0,9 %
Russe	5	0,8 %
Kurde	4	0,6 %
Tamoule	4	0,6 %
Autres	*49*	*9,8 %*
Sans données	*21*	*3,3 %*
Total	*638*	*100 %*

[a] y compris le Bosniaque

[b] langue principale en Érythrée

[c] langue principale en Éthiopie

Tableau 2

Moyen de communication entre médecin et patient

Consultations de patients allophones («Le patient ne parle pas bien le français»)	36% (n=232)
Dont:	
• Consultations avec interprètes qualifiés	*39% (n=91)*
• Consultations avec proches comme interprètes	*14% (n=33)*
• Consultations sans aucune aide linguistique	*47% (n=108)*
Consultations de patients francophones («Le patient parle bien le français»)	64% (n=406)
Total	***100% (n=638)***

Données sur les patients

Un tiers des patients visitant la policlinique sont demandeurs d'asile (c'est-à-dire qu'ils ont le statut de «demandeur d'asile»). Le tableau 3 présente les données démographiques (âge, sexe, statut de demandeur d'asile et première consultation) ventilées en allophones et francophones. Il est intéressant de noter que, chez les allophones, les femmes sont majoritaires, alors que, chez les francophones, il s'agit surtout d'hommes. L'âge moyen respectif est également différent: il est de 41 ans chez les allophones et de 47 ans chez les francophones. Près de trois quarts de la clientèle allophone sont des demandeurs d'asile, alors qu'ils ne sont que 10% chez les francophones (surtout des réfugiés de l'Afrique de l'Ouest et du Congo). Le groupe de patients allophones est donc principalement constitué de demandeurs d'asile, de patients plus jeunes et plus souvent du sexe féminin.

Tableau 3

Données démographiques des patients

	Patients allophones (n=232)	Patients francophones (n=406)	**Total (n=638)**
Âge moyen	41 ans	47 ans	**45 ans**
Femmes	58%	42%	**47%**
Hommes	42%	58%	**53%**
Requérants d'asile	71%	10%	**32%**
Première consultation	18%	32%	**27%**

Evaluation de la communication par les patients

Dans le tableau 4, les valeurs moyennes de l'échelle d'évaluation (1-10, «peu clair» – «très clair», respectivement «mauvais» – «excellent») sont présentées en quatre groupes en fonction des réponses aux questions sur la communication: a) consultations des patients allophones avec interprètes qualifiés; b) consultations de patients allophones sans aucune aide en matière d'interprétation; c) consultations de patients allophones avec des parents comme interprètes; d) consultations de patients francophones (Groupe de contrôle).

En général, les patients donnent les moyennes les plus élevées aux consultations où un interprète qualifié était présent, et même des scores plus élevés que les patients francophones. Si le patient devait communiquer avec le médecin sans aucune aide, son jugement sur la consultation était moins bon, surtout en ce qui concerne la communication entre le médecin et le patient en général (tableau 4b) ainsi que l'aspect «déroulement de la consultation» (tableau 4c). En ce qui concerne les consultations avec des parents et des amis du patient, les scores attribués sont encore plus faibles, et ce pour les quatre questions.

Apparemment, ces patients sont les moins satisfaits du mode de communication en général et du déroulement de la consultation. En résumé, on peut dire que la communication entre médecin et patient allophone fonctionne bien lorsqu'un interprète qualifié est présent, elle est par contre moins satisfaisante lorsque la personne qui interprète est un parent ou un ami du patient.

Tableau 4

Evaluation par les patients de la qualité de la communication lors des consultations
(Valeurs moyennes sur l'échelle d'évaluation [1-10])

	Consultations de patients allophones avec interprètes qualifiés	Consultations de patients allophones sans aucune aide en matière d'interprétation	Consultations de patients allophones avec des parents faisant office d'interprètes	Consultations de patients francophones (Groupe de contrôle)	Test de Kruskal Wallis
(4a) Évaluation des explications du médecin (entre 1 et 10, de «pas claires du tout» à «très claires»)	8.9	8.6	8.4	8.7	p=0.6
(4b) Évaluation de la communication entre le médecin et le patient (entre 1 et 10, de «mauvaise» à «excellente»)	8.8	8.5	8.3	8.6	p=0.7
(4c) Évaluation du déroulement de la consultation en général (entre 1 et 10, de «mauvais» à «excellent»)	8.7	8.5	8.1	8.5	p=0.7
(4d) Évaluation de l'information sur le suivi après la consultation (entre 1 et 10, de «mauvaise»à «excellente»)	8.7	8.6	8.6	8.5	p=0.6

Evaluation de la communication par les médecins

Le tableau 5 présente, parallèlement aux sujets correspondants portant sur les patients (tableau 4), les réponses des médecins aux questions posées. Du côté des médecins, la communication avec les patients francophones est le plus souvent jugée meilleure. En général, les valeurs moyennes y présentent de plus grandes différences et sont dès lors le reflet de divergences de vue plus univoques. Il est étonnant de constater que les valeurs moyennes relatives aux explications des patients et aux informations sur le suivi sont plus élevées lorsque le médecin se retrouve seul face au patient (allophone), et

même plus élevées que les valeurs moyennes attribuées aux consultations en présence d'un interprète. Le fait que les consultations où le médecin est seul face au patient (allophone) se voient souvent attribuer des scores plus élevés que pour les consultations avec interprète est inattendu et sera examiné plus avant dans le cadre des conclusions. Le déroulement des consultations en général, est, à quelques petites différences près, jugé meilleur lorsqu'un interprète est présent. Dans ce cas-ci également et tout comme chez les patients, la communication avec l'assistance de parents est jugée la moins satisfaisante (avec des différences nettement plus importantes dans les valeurs moyennes des échelles d'évaluation). En comparaison avec toutes les autres questions, la communication entre le médecin et le patient avec l'aide de parents a reçu le plus mauvais score.

Tableau 5

Evaluation par les médecins de la qualité de la communication lors des consultations
(Valeurs moyennes sur l'échelle d'évaluation [1-10])

	Consultations de patients allophones avec interprètes qualifiés	Consultations de patients allophones sans aucune aide en matière d'interprétation	Consultations de patients allophones avec des parents faisant office d'interprètes	Consultations de patients francophones (Groupe de contrôle)	Test de Kruskal Wallis
(5a) Évaluation des explications du patient (entre 1 et 10, de «absolument pas claires» à «très claires»)	7.0	7.4	6.7	8.6	p<0.001
(5b) Évaluation de la communication entre le médecin et le patient (entre 1 et 10, de «mauvaise» à «excellente»)	7.6	7.6	6.4	8.1	p<0.001
(5c) Évaluation du déroulement de la consultation en général (entre 1 et 10, de «mauvais» à «excellent»)	7.7	7.7	7	8.0	p<0.001
(5d) Evaluation de l'information sur le suivi après la consultation (entre 1 et 10, de «mauvaise»à «excellente»)	7.2	8.0	6.9	8.0	p<0.001

Satisfaction avec interprètes

La satisfaction des médecins sur la présence d'interprètes qualifiés est très grande (8,8 en moyenne sur l'échelle 1-10). Lors de l'enquête, des interprètes ont été associées aux consultations pour les langues suivantes: l'albanais, l'arménien, le bosniaque/serbo-croate, le farsi, le kikongo, le kurde, le portugais, le somalien, le tamoul et le turc. Pour l'albanais, les interprètes sont intervenus 43 fois au total (satisfaction moyenne des médecins: 9,2) et pour le serbo-croate, 35 fois (valeur moyenne 9,1). Les autres interprètes ont été appelés une ou deux fois. L'interprétation assurée par des parents a obtenu un score nettement plus faible (6,7 en moyenne).

Plurilinguisme et langues véhiculaires

Lorsque le patient était allophone et qu'aucun interprète n'était présent, il fallait évidemment trouver une langue commune («langue véhiculaire»). Cette situation s'est présentée 108 fois (47% de toutes les consultations allophones). Comme le montre le tableau 6, les connaissances linguistiques des assistants-médecins constituant l'équipe durant la période 1999/2000 étaient considérables. L'aperçu donne, pour chaque langue étrangère, l'évaluation moyenne des connaissances linguistiques, à chaque fois selon sa propre opinion et selon celle de l'interlocuteur (donc, médecin ou patient).

Tableau 6

Evaluation des connaissances linguistiques des patients et des médecins pour les consultations sans aide d'interprète (Valeurs moyennes sur l'échelle d'évaluation [1-10])

Langue véhiculaire	Maîtrise de la langue du **patient** selon l'opinion du médecin	Maîtrise de la langue du **patient** selon sa propre opinion	Maîtrise de la langue du **médecin** selon sa propre opinion	Maîtrise de la langue du **médecin** selon l'opinion du patient
Anglais (n=26)	6.9	7.5	7.7	7.7
Perse (n=10)	9	9	9	9
Arabe (n=8)	8.9	8.8	5.3	7
Espagnol (n=5)	9.4	9	5.2	6
Italien (n=5)	8	8.3	7.8	7.7
Russe (n=3)	7.6	9	8.3	8
Allemand (n=2)	5	7	7	6
Français (n=28)	3.7	4.1	8.5	8.3

Remarques

- **Anglais**. L'anglais comme langue véhiculaire est en quelque sorte un terrain neutre. Bien que l'anglais ne soit la langue maternelle que pour un petit nombre de participants, il permet très bien

tant aux patients qu'au médecins de se faire comprendre. Le score le plus faible a été attribué à la connaissance linguistique des patients selon l'opinion des médecins.

- **Perse**. En ce qui concerne les consultations en perse examinées, il s'agit de communication dans la langue maternelle. Les connaissances linguistiques ont dès lors été jugées excellentes par les deux parties. Le médecin assistant concerné est d'origine afghane et le farsi est sa langue maternelle. Tous les patients qui parlaient le farsi ont été adressés à ce médecin, qui parle d'ailleurs aussi le russe.
- **Arabe**. Les connaissances linguistiques du médecin concerné sont qualifiées de pas très bonnes par les patients, et même de médiocres par le médecin lui-même. Cela s'explique par le fait que la langue maternelle du médecin, originaire du Maroc, est le kabyle (une langue berbère) et qu'il a dû apprendre l'arabe contre son gré.
- **Espagnol**. A chaque fois, l'espagnol était la langue maternelle du patient, ce qui explique à coup sûr les valeurs moyennes élevées. En revanche, la connaissance de l'espagnol du médecin concerné était moins bonne, tant selon sa propre opinion que selon celle des patients.
- **Italien**. L'italien comme langue véhiculaire fut surtout utilisé avec les demandeurs d'asile somaliens et éthiopiens, qui maîtrisaient encore l'ancienne langue coloniale.
- **Russe**. Le russe n'a posé aucun problème au niveau de la communication dans la policlinique, étant donné que deux médecins maîtrisaient cette langue au titre de troisième langue.
- **Allemand**. Bien que constituant le groupe linguistique le plus important en Suisse, l'allemand affiche les valeurs moyennes les plus faibles par rapport à toutes les autres langues. A l'époque de l'enquête, aucun des médecins assistants n'était bilingue allemand/français. En outre, les patients suisses alémaniques ne sont pas présents dans le groupe «Allophones», étant donné que, dans la plupart des cas, ils vivent depuis longtemps à Genève et parlent couramment le français.
- **Français**. En l'occurrence, le français n'est mentionné que par souci d'exhaustivité. Dans les situations examinées, il ne s'agit même pas d'une langue véhiculaire. La consultation eut lieu en français simplement lorsque le médecin ne disposait d'aucune autre langue appropriée, même quand le patient ne maîtrisait pas le français.

Conclusions

Le présent instantané des barrières linguistiques et des stratégies de communication dans une policlinique est instructif à maints égards:

A l'heure actuelle, une grande partie de la clientèle de la policlinique est composée de patients de langue et de culture différentes. En 1992 déjà, plus de la moitié de patients étaient d'origine étrangère (Loutan, 1993); en 1997, ce pourcentage était de 58. Du seul point de vue quantitatif, l'allophonie des patients est devenue un problème majeur: à l'heure actuelle, un tiers des patients ont le français comme langue maternelle, un tiers parlent certes le français mais non en tant que langue maternelle et un tiers ne parlent pas le français. La policlinique (littéralement, «clinique pour la ville») se trouve ainsi confrontée au défi de permettre l'accès aux soins de santé aux immigrés, qui constituent une partie importante de la population de la ville.

Au cours des dernières années, la qualité des soins de santé dispensés aux immigrés a fait l'objet d'études plus poussées. Souvent, il s'agit en l'occurrence d'études comparatives portant sur des Latino-américains, c'est-à-dire des immigrés d'origine sud-américaine, et des patients anglophones aux États Unis. À Boston par exemple, les patients allophones étaient moins satisfaits des soins médicaux que les patients anglophones (Todd, Samaroo & Hoffman, 1993); les mammographies furent prescrites moins souvent aux femmes hispanophones qu'aux femmes anglophones (Fox & Stein, 1991); les Latino-américains étaient nettement moins satisfaits de la communication avec le personnel médical que les patients anglophones (Morales, Cunningham, Brown, Liu & Hays, 1999); plus les barrières linguistiques sont importantes, moins grande est la probabilité que les patients allophones soient invités à une consultation de suivi après un passage au service des urgences (Sarver & Baker, 2000); seul un tiers des patients allophones traités sans l'aide d'un interprète, ont dit avoir bien compris le diagnostic et le traitement; neuf patients sur dix auraient souhaité de meilleures explications (Baker, Parker, Williams, Coates & Pitkin, 1996).

Dans la plupart des études sur les soins de santé dispensés aux immigrés, le problème de la communication linguistique est mis en évidence; par conséquent, la priorité est accordée à l'amélioration de cette communication.

La communication par le biais des membres de la famille qui parlent quelque peu le français, ne donne pas satisfaction; et les explications du patient, traduites par un membre de la famille, sont en général peu claires. Le fait que, souvent, ce sont les patients qui doivent surmonter les barrières linguistiques en recourant à l'aide linguistique d'un membre de la famille, provoque manifestement un certain malaise tant chez les médecins que chez les patients. C'est pourquoi, ce mode de communication n'a été utilisé que dans 14% des consultations allophones. Il a déjà été démontré à plusieurs reprises (Jacobs, Kroll, Green & David, 1995) que la famille comme interprète n'est pas la solution idéale et que, dans de tels cas, les erreurs de communication sont fréquentes. Toutefois, selon nous, il n'avait pas encore été démontré que cela est confirmé par le jugement des patients.

Les résultats de notre étude montrent que la qualité de la communication avec l'aide de parents comme interprètes et, partant, la qualité de la prestation médicale est moins bonne, voire plus mauvaise, que si le patient vient tout seul. Si rien ne s'oppose à ce que des membres de la famille soient associés au traitement, il faut éviter que ceux-ci doivent assumer un double rôle, celui

d'accompagnateur du patient et celui d'interprète. La confusion des rôles, le problème du secret médical et le manque de feed-back (voir si le patient ou le médecin lui-même ont bien tout compris) en constituent les raisons principales.

A la policlinique de Genève, la collaboration avec des interprètes qualifiés est devenue de plus en plus courante dans le cadre des soins de santé aux patients allophones et immigrés. Dans pratiquement 40% de toutes les consultations de patients allophones, on a eu recours aux interprètes de la Croix Rouge. Début 1997, ceux-ci ne sont intervenus que dans un quart des consultations de patients allophones (Bischoff, Tonnerre, Loutan & Stalder, 1999). Cette augmentation montre que, de plus en plus, on recourt systématiquement à des interprètes qualifiés dans le cas de patients allophones. Une telle tendance se constate également à Lausanne (Gehri, Hunziker, Géraud, Rouffaer, Sopa, Sage-Da Cruz & Métraux, 1999). Une intervention systématique signifie également que le problème des coûts doit être résolu. Dans le cas de Genève, le DMC dispose d'un budget pour payer les interprètes. Ceux-ci sont rémunérés par le biais de la Croix Rouge en fonction du nombre d'heures d'interprétation prestées. C'est également la Croix Rouge qui règle les problèmes d'assurances, de formation continue, de caisse de pensions, etc. La question de savoir si, en général, la qualité de la communication ainsi que la satisfaction des médecins et des patients allophones augmentent en fonction d'un recours plus intense aux interprètes, fera l'objet d'une étape suivante du *«Projet Qualité HUG»*, un sujet dont relève également le problème de l'effectivité réelle des interprètes (Baker, Parker *et al.*, 1996).

Les patients ont une expérience positive avec les interprètes, ce que montrent les scores donnés aux consultations en présence d'un interprète. La présence d'un interprète constitue un atout pour la qualité de la consultation. Notre assertion est confirmée par les résultats d'une étude de cohorte qui a été réalisée durant deux ans sur des patients allophones d'une HMO et qui fait apparaître que les patients disposant d'un interprète font plus souvent appel à des services de médecine générale et de médecine préventive (Jacobs, Lauderdale, Meltzer, Shorey, Levinson & Thisted, 1999).

Le jugement porté par les médecins sur la qualité de la communication en présence d'un interprète était loin d'être aussi positif que celui des patients eux-mêmes. Ce qui peut paraître étonnant à première vue, devient facile à comprendre lorsqu'on sait qu'il s'agit en l'occurrence de jeunes médecins assistants qui, s'ils admettent la nécessité de la présence d'interprètes, n'ont

200

aucune expérience dans le contact avec ceux-ci. A cela s'ajoute sans doute aussi le sentiment désagréable de se savoir observé, en plus par un autre professionnel, et, partant, d'être tributaire de l'interprète, considéré comme un «mal nécessaire». Où est-ce la présence de la tierce personne, qui minorise en quelque sorte le médecin? Ces questions seront examinées plus avant dans le cadre de formations complémentaires et de supervisions.

La troisième possibilité de communication, à savoir, le fait de recourir à une autre langue, ne s'en tire pas trop mal au vu des scores attribués aux connaissances linguistiques par les participants à la consultation, ainsi que des réponses aux questions sur la communication. Le fait que les moyennes dépassent parfois celles relatives aux consultations en présence d'un interprète est inattendu et étonnant. Cette constatation ne signifie toutefois pas nécessairement que les personnes concernées ne sont pas satisfaites des interprètes, mais plutôt que la communication dans une autre langue que la langue maternelle est souvent considérée comme solution acceptable. Les connaissances linguistiques considérables des médecins travaillant à l'époque dans la policlinique expliquent certainement en partie le fait que la communication sans présence d'un tiers est souvent jugée satisfaisante. Une étude concernant l'influence de la langue sur le succès d'une thérapie chez des patients souffrant d'hypertonie ou de diabète montre que les patients se sentent mieux et en meilleure santé lorsqu'ils ont un médecin qui parle leur langue (*«language concordance»*); elle recommande dès lors d'améliorer les connaissances linguistiques du personnel soignant (Perez-Stable, Napoles-Springer & Miramontes, 1997).

Outre la présente enquête, des formations complémentaires (cours, supervisions) destinées aux interprètes du service ad hoc de la Croix Rouge ainsi que plusieurs cycles de formation continue pour les médecins ont eu lieu dans le cadre du projet d'amélioration de la communication. Ces différentes mesures ont mis en évidence la nécessité d'une interprétation adéquate et même sensibilisé d'autres départements, qui jusque là ne voulaient pas collaborer avec des interprètes (problèmes budgétaires), au point qu'ils recourent désormais au service d'interprétation. Cette sensibilisation explique sans doute aussi le fait que la communication avec des personnes allophones s'est avérée meilleure que dans une étude antérieure (Bischoff, Tonnerre *et al.*, 1999). Nous nous voyons confortés dans notre opinion selon laquelle toutes les considérations sur le profil professionnel et la formation des interprètes n'ont de sens que si elles vont de pair avec des campagnes de sensibilisation et de formation des «utilisateurs», c'est-à-dire le personnel soignant (Bahadir,

2000). C'est le seul moyen d'améliorer la communication avec les patients allophones, de garantir la prise en charge médicale des immigrés et de passer d'une communication unilatérale à un vrai dialogue: un dialogue à trois.

BIBLIOGRAPHIE

Bahadir, S. (2000). Perspektivität und Positionalität in der Community-Interpreting-Forschung. *Dolmetschen*. Germersheim.

Baker, D. W., Parker, R. M., Williams, M., Coates, M., & Pitkin, K. (1996). Use and effectiveness of interpreters in an emergency department. *Journal of the American Medical Association, 275 (10)*, 783-8.

Bischoff, A., Tonnerre, C., Loutan, L., & Stalder, H. (1999). Language difficulties in an outpatient clinic in Switzerland. *Sozial und Präventivmedizin, 44 (6)*, 283-7.

Blöchliger, C., Ries, N., Gonon, M., Loutan, L., Mark, K., Vetterli, S., Tanner, M., Hatz, C., & Junghanss, T. (1998). [Asylum seekers and refugees in the medical polyclinic: a comparison between the Basel, Bern and Geneva polyclinics]. *Sozial- und Präventivmedizin, 43 (1)*, 29-38.

Blöchliger, C., Tanner, M., Hatz, C., & Junghanss, T. (1997). [Asylum seekers and refugees in ambulatory health care: communication between physician and patient]. *Schweizerische Rundschau Medizinische Praxis, 86 (19)*, 800-10.

Flocke, S. A. (1997). Measuring attributes of primary care: development of a new instrument. *The Journal of Family Practice, 45 (1)*, 64-74.

Fox, S. A., & Stein, J. A. (1991). The effect of Physician-Patient communication on mammography utilization by different ethnic groups. *Medical Care, 29 (11)*, 1065-1082.

Gehri, M., Hunziker, B., Géraud, F., Rouffaer, D., Sopa, S., Sage-Da Cruz, C., & Métraux, J. C. (1999). Les populations migrantes à l'Hôpital de l'Enfance de Lausanne: état des lieux, prise en charge et apport des traducteurs-médiateurs culturels. *Sozial- und Präventivmedizin, 44 (6)*, 264-271.

Hayes, R., & Baker, D. W. (1998). Methodological problems in comparing English-speaking and Spanish-speaking patients' satisfaction with interpersonal aspects of care. *Medical Care, 36 (2)*, 230-236.

Jacobs, B., Kroll, L., Green, J., & David, T. (1995). The hazards of using a child as an interpreter. *Journal of the Royal Society of Medicine, 88 (8)*, 474P-475P.

Jacobs, E. A., Lauderdale, D. S., Meltzer, D., Shorey, J., Levinson, W., & Thisted, R. (1999). *The impact of adequate interpreter services on health care delivery to limited English-speaking patients*. 16th Annual Meeting AHSR.

Loutan, L. (1993). *Soigner les migrants: une affaire de spécialistes ou de généralistes?* Grenzübergänge - A travers les frontières - Attraverso i confini (Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie, 169. Jahresversammlung). Lugano.

Morales, L. S., Cunningham, W. E., Brown, J., Liu, H., & Hays, R. (1999). Are Latinos less satisfied with communication by health care providers? *Journal of General Internal Medicine, 14 (7)*, 409-17.

Perez-Stable, E. J., Napoles-Springer, A., & Miramontes, J. (1997). The effects of ethnicity and language on medical outcomes with hypertension or diabetes. *Medical Care, 35 (12)*, 1212-1219.

Sarver, J., & Baker, D. W. (2000). Effect of language barriers on follow-up appointments after an emergency department visit. *Journal of General Internal Medicine, 15 (4)*, 256-64.

Todd, K. H., N. Samaroo & J. Hoffman. (1993). Ethnicity as a risk factor for inadequate emergency department analgesia. *Journal of the American Medical Association* **269**(12): 1537-1539.

Minoration et santé: les formations discursives des communautés et institutions francophones à Toronto

Normand LABRIE, Adrienne CHAMBON, Monica HELLER, Fasal KANOUTÉ, Amal MADIBBO & John MAURY[1]
Université de Toronto, Centre de recherches en éducation franco-ontarienne, OISE/UT, 252, rue Bloor Ouest, Toronto (Ontario), Canada M5S 1V6

> L'histoire nous dit qu'il est trop tard pour les symboles. Il aurait fallu y penser avant. Les symboles ont été sacrifiés sur l'autel du néo-libéralisme et de ses mirages de modernisme.
>
> (Wajdi Mouawad, 2001)

This article focuses on discourse formations in the domain of health among Francophone communities and institutions in Toronto, which are embedded in a process of minorisation within the anglo-dominant society and, at the same time, characterized by processes of identity fragmentation linked to migration, to social and geographic mobility, as well as to identity politics. We are proposing a discourse analysis based on a case study which reveals tensions between two coexisting types of discourse: the modernizing discourse and the globalizing discourse. The modernizing discourse originates in the sixties. Based on the principle of equity, it justifies the existence of parallel and autonomous health institutions operating in French to desserve a Francophone community conceived as homogenous. The globalizing discourse, with its neo-liberal orientation, originates in the nineties. It challenges, on one hand, the symbolic function of such institutions and reduces them to their operational functions, and it attempts, on the other hand, to deal with a diversified population with complex linguistic repertoires as well as with multiple identities.

Introduction

Cet article traite des formations discursives en matière de santé des communautés et des institutions francophones à Toronto, à la fois imbriquées dans une dynamique de minoration au sein d'une société anglo-dominante et caractérisées par des processus de fragmentation identitaires liés entre autres à la migration et à la mobilité sociale et géographique. La santé joue un rôle important dans la construction de l'identité des minorités linguistiques, car c'est le champ où le corps social rejoint le corps individuel. En développant un système de santé opérant dans la langue minorisée, la communauté linguistique cherche à échapper collectivement au contrôle social exercé par la

1 Nous tenons à remercier Diane Farmer et Nathalie Bélanger pour leurs commentaires au sujet d'une version préliminaire de cet article.

© 2001 Institut de linguistique
Université de Neuchâtel

société dominante, en même temps qu'elle devient en mesure d'exercer une forme de contrôle social sur ses propres membres.

Depuis les années soixante, les minorités francophones au Canada ont cherché à développer un univers institutionnel unilingue, principalement dans le domaine de l'éducation mais aussi dans d'autres domaines tel que la santé, s'inscrivant dans l'idéologie de l'autonomie nationale comme moyen de résistance à la minoration. Cet univers institutionnel unilingue est aujourd'hui devenu terrain de luttes identitaires où s'expriment des contradictions. Dans cet article, nous étudions justement la convergence des discours identitaires des minorités francophones à Toronto en relation avec la santé, à une époque de transformations importantes, tant dans les conditions matérielles d'existence des communautés francophones que dans la composition et le positionnement de la population. Conformément à l'approche modernisante, on a cherché donc à exercer le contrôle sur le corps par le biais de la langue. Cette idéologie se trouve remise en question en cette ère de mondialisation et de néolibéralisme compte tenu de la fragmentation identitaire liée à des phénomènes comme l'immigration, la mobilité sociale et géographique, ou l'affirmation identitaire liée à l'orientation sexuelle. Nous procéderons à une analyse du discours au moyen d'une étude de cas en examinant comment un organisme de santé en particulier, la Franco-Clinique[2], compose avec les nouvelles réalités sociales en nous concentrant sur le passage de la prise de position politique aux pratiques opérationnelles. Nous tenterons d'expliquer l'historique des services de santé dans le cadre de la création d'institutions parallèles, faisant face aujourd'hui aussi bien à une crise étatique qu'à un processus de fragmentation identitaire.

Nous présenterons d'abord quelques éléments théoriques nous permettant de traiter des dynamiques sociales et linguistiques autour de la santé à partir d'une analyse du discours reliant les formations discursives aux phénomènes de changement social. L'objet de cet article nous amène à rompre avec les retranchements disciplinaires traditionnels de la sociolinguistique ou de l'étude des minorités linguistiques, pour nous appuyer sur une analyse du discours axée sur la matérialité du discours d'un point de vue critique et prenant en compte l'évolution des politiques sociales et des rapports de pouvoir. Nous ferons ensuite un survol de la méthodologie mise en place dans un projet de recherche récent à partir duquel nos analyses seront tirées. Puis nous exami-

---

2 Tous les noms ont été remplacés par des pseudonymes.

nerons quelques repères contextuels expliquant les conditions d'existence et de coexistence des communautés francophones à Toronto et de leurs institutions, plus précisément eu égard aux enjeux sociaux actuels autour des questions de santé. Notre analyse sera axée, par la suite, sur les stratégies de reproduction sociale, culturelle et linguistique des communautés francophones, sur la transformation du rôle de l'État, sur les changements démographiques et sur la mobilité sociale et géographique de locuteurs possédant des répertoires linguistiques en évolution.

Fragments théoriques

En tant que discipline qui s'intéresse aux rapports entre langue et société, la sociolinguistique s'intéresse depuis longtemps, bien que de façon marginale, aux rapports entre les pratiques langagières et les pratiques sociales reliées à la santé. Des travaux de Labov & Fanshel (1977) ont scruté les interactions entre des thérapeutes et leurs clients afin de mieux comprendre les mécanismes de l'interaction verbale. Ces travaux ont été suivis par plusieurs autres chercheurs, notamment Singy (1997, 1999, ici même), qui a cherché dans les interactions entre médecins et patients séropositifs, les phénomènes d'incompréhension ou de malentendus découlant d'implicites, de références ou de points de repère différents. Ce n'est que récemment, toutefois, que des travaux ont adopté une approche plus sociologique examinant les rapports entre langue et santé compte tenu des rapports de pouvoir dans l'activité discursive entre des représentants de la profession médicale et des candidats à cette profession d'origines ethniques diverses (Sarangi & Roberts, 1999).

En sociologie, il existe en effet une tradition de recherche sur la communication dans le monde de la santé, qu'il s'agisse des travaux de Goffman (1961) sur la communication entre patients ou ceux de Friedson (1970, 1971) concernant les rapports entre professionnels de la santé et leurs patients. De même, les travaux interactionnels ont compris l'importance de la santé dans la construction du sujet individuel et collectif (Cicourel, 1987; Heller & Freeman, 1987; Erickson & Rittemberg, 1987) et le lien entre la catégorisation sociale, axée par exemple sur le genre ou sur l'ethnie, et le pouvoir institutionnel.

Pour notre part, notre approche théorique consiste à traiter des formations discursives (Foucault, 1969) autour de la santé à partir d'une analyse du discours axée sur la matérialité du discours prenant en compte l'évolution des politiques sociales et des rapports de pouvoir (Heller & Labrie, en préparation). Notre analyse est axée sur les stratégies de reproduction

sociale, culturelle et linguistique des communautés francophones, sur la transformation du rôle de l'État, sur les changements démographiques et sur la mobilité sociale et géographique de locuteurs possédant des répertoires linguistiques en évolution.

Nous avons entrepris d'étudier comment des communautés francophones s'adaptent au changement social, dans le cadre du projet «Prise de parole» (Heller & Labrie, en préparation), en définissant ces communautés francophones sur le plan discursif, c'est-à-dire en nous penchant sur les discours en circulation ayant trait à ce que cela veut dire être francophone. Ainsi, nous avons identifié trois types majeurs de discours qui coexistent, à savoir le discours traditionaliste, misant sur une conception de la communauté homogène, bien qu'elle soit dispersée sur le plan territorial, repliée sur l'église et la paroisse; le discours modernisant, comptant sur l'État providence pour l'établissement d'institutions, organismes et associations francophones autonomes, où des fractures apparaissent sur le plan identitaire, notamment entre l'establishment masculin et l'avant-garde féministe, mais où l'affiliation à la communauté ethnolinguistique demeure le point de repère fondamental; et finalement le discours mondialisant, répondant aux nouvelles idéologies néolibérales, à la prédominance de l'économique sur le politique et aux identités multiples où l'allégeance à la communauté linguistique n'est plus aussi centrale. Dans le cas de cet article sur les pratiques des communautés et institutions francophones à Toronto quant à la minoration et à la santé, nous verrons que la coexistence de ces deux derniers types de discours met en lumière des contradictions dans la définition même des communautés francophones, qui se répercutent sur la conception de la raison d'être et du fonctionnement des institutions, organismes et associations francophones.

La constitution de minorités francophones au Canada s'inscrit dans un discours d'inspiration nationaliste, où l'amélioration des conditions de vie passe par la mobilisation collective afin d'acquérir le plus d'autonomie possible et ainsi de contrôler la production et la distribution de ressources matérielles et symboliques. Cette logique d'autonomie institutionnelle exercée par un groupe homogène sur le plan linguistique, a été mise à l'épreuve également dans le domaine de la santé. Cette logique est ébranlée cependant par la diversité, liée aussi bien aux pratiques bilingues des acteurs sociaux, qu'aux apports démographiques récents liés à l'immigration. Le cas de la santé en contexte franco-ontarien nous semble intéressant, car il nous permet de comprendre, d'une part, le rôle du corps dans la construction du sujet ethnolinguistique et, d'autre part, le lien entre les idéologies nationalistes, leurs manifestations

institutionnelles et leur capacité de composer avec la diversité, la santé comptant parmi de tels domaines institutionnels.

Nous préconisons donc une étude interdisciplinaire des réalités sociales au moyen d'une analyse du discours. Nous considérons que les réalités sociales sont construites au moyen du discours, et c'est pourquoi nous cherchons à recueillir la voix des divers acteurs sociaux, incluant aussi bien les voix contribuant au discours dominant occupant la scène publique, que celles marginalisées. Selon leur positionnement, les acteurs sociaux ont un accès variable à la production et à la distribution des ressources matérielles et symboliques. Leur positionnement explique en partie leurs pratiques sociales et leurs pratiques langagières ou discursives. Notre analyse du discours consiste alors à comprendre et à expliquer les discours en circulation afin d'en dégager les contraintes, les conditions, les tensions, les contradictions, les paradoxes. Nous cherchons à comprendre les discours individuels dans le cadre de formations discursives plus vastes, communes à des ensembles d'acteurs sociaux, dès lors que ces formations discursives nous semblent typiques de stratégies développées afin de composer avec des phénomènes de changement social. Ainsi, à partir des discours dominants et des discours marginalisés, nous procédons à une synthèse visant en quelque sorte à reconstituer la polyphonie discursive.

Méthodologie

Le projet de recherche «Immigration et transformations de la communauté franco-torontoise»[3], qui a fourni des données servant à cet article, consiste en une étude qualitative de type ethnographique, basée sur des études de cas visant non pas à donner un portrait des communautés ou des organismes francophones de Toronto, mais bien à comprendre les contraintes dans lesquelles les membres de communautés ethnoculturelles et des organismes fonctionnent et interagissent, de façon à comprendre plus généralement les dynamiques de changement. Il s'agit en effet d'une communauté soumise à un processus de minoration au sein de la société anglo-dominante, et qui est caractérisée de l'intérieur par la diversité et des luttes internes quant à la pro-

3 Le projet «Immigration et transformations de la communauté franco-torontoise» a été financé par le Centre of Excellence for Research on Immigration and Settlement – Toronto (Monica Heller, Normand Labrie, Adrienne Chambon, Fasal Kanouté, Amal Madibbo, Mueni Malubungi et John Maury, 1999-2000).

duction et la distribution des ressources matérielles et symboliques par l'intermédiaire de ses institutions.

Les données sur lesquelles nous nous basons sont constituées d'observations ethnographiques ayant donné lieu à la rédaction de rapports ou à des enregistrements sonores d'événements sociaux, d'entrevues semi-dirigées, et de documentation, tant de circulation interne, que de diffusion publique. D'abord, nous avons réalisé des entrevues avec des personnes d'origine haïtienne ou mauricienne, c'est-à-dire deux groupes dont les trajectoires migratoires et les répertoires linguistiques sont différents, le premier groupe francophone et créolophone étant arrrivé à Toronto dès les annés soixante-dix via le Québec, le second groupe bilingue français/anglais et créolophone étant venu directement dans les années quatre-vingt. En tout, nous avons réalisé quatorze entrevues auprès de personnes d'origine haïtienne, et douze au sein de la communauté mauricienne. Ces entrevues ont porté sur les trajectoires d'immigration, les rapports avec les institutions et organismes de la francophonie torontoise, ainsi qu'avec les institutions et organismes de langue anglaise et ceux de la communauté d'origine (notamment en ce qui concerne l'accès aux services et aux ressources), les modes d'organisation interne de la communauté, ses liens avec d'autres communautés de la même origine ailleurs au Canada, en Australie, aux États-Unis ou dans les pays d'origine, et la perception de la francophonie torontoise. Nous avons de plus effectué deux séances d'observation dans des regroupements mauriciens afin de mieux comprendre leurs pratiques sociales vis-à-vis la francophonie torontoise.

Dans un deuxième temps, nous avons travaillé avec deux agences francophones de Toronto, dont une se spécialise dans les conseils à l'emploi aux nouveaux arrivants et l'autre, la Franco-Clinique, dans les services de santé. Nous avons réalisé des entrevues avec le personnel clé de ces deux agences; dans le premier cas, il s'agit de quatorze personnes, comprenant en fait la quasi-totalité du personnel, et dans le deuxième cas, il s'agit de onze personnes, ou la moitié du personnel. Ces entrevues ont porté sur les services auprès de nouveaux arrivants et immigrants francophones, sur les rapports entre cette clientèle et celle établie depuis plus longtemps à Toronto, sur l'évolution de la clientèle et de ses besoins, sur les rapports entre l'agence et d'autres organismes au service de la francophonie torontoise, sur l'évolution des liens entre l'agence et les bailleurs de fonds surtout gouvernementaux, et sur le recrutement du personnel. Nous avons également posé des questions sur les trajectoires professionnelles des interviewé-e-s et sur leur perception de la communauté francophone de Toronto. De plus, les deux agences nous

ont fourni l'accès à un certain nombre de documents, à savoir des documents qui offrent des renseignements sur ces agences, et des études au sujet des nouveaux arrivants et immigrants francophones. Finalement, nous avons pu réaliser des séances d'observations sur place, incluant une activité et des réunions du personnel de la Franco-Clinique.

Les entretiens sont menés de façon à susciter l'expression sur plusieurs registres. Par exemple, les entretiens avec le personnel des organismes couvre leurs trajectoires personnelles ainsi que leurs perspectives sur l'agence, les services et la clientèle, les bailleurs de fonds, etc. Le dialogue est construit autour de la description, de l'invitation à faire des commentaires d'opinion et de point de vue plus réflexifs au moyen de questions telles que «comment tu expliques?» (Chambon, 1995). De cette façon, plusieurs registres de discours sont invoqués, et il semblerait que la prise de position du locuteur se fait de manière plus explicite.

L'ensemble des données recueillies nous permet de procéder à l'analyse des discours existants et des contradictions qui en découlent. Mais avant de passer aux analyses comme telles, voici d'abord quelques repères contextuels.

Repères contextuels

Les études sur les minorités linguistiques, du moins sur les communautés francophones au Canada, ne se sont pas vraiment intéressées aux questions de santé avant la fin des années quatre-vingt (Association canadienne pour la santé mentale, 1987; St-Amand & Vuong, 1994). Dans les années soixante, l'idée de nation canadienne-française éclate sous la pression du nationalisme étatique prôné au Québec, amenant les Canadiens-français de l'Ontario, que l'on appellera désormais les «Franco-Ontariens», à militer pour une certaine autonomie institutionnelle, une statégie de nationalisme institutionnel en quelque sorte, et dont le principal fer de lance sera l'éducation. Dans le domaine de la santé, c'est à la suite de l'adoption de la Loi sur les services en français de 1986, dont la mise en œuvre a conduit à un processus de désignation d'agences de santé devant offrir des services en français à partir de 1989, que des études de besoins des populations francophones en matière de santé ont d'abord été réalisées sur le plan local. C'est en 1995 que naît la revue *Reflets, Revue ontaroise d'intervention sociale et communautaire*. Cette revue, qui édite deux numéros par an, a publié des numéros spéciaux sur le vieillissement, sur le féminisme, sur les incapacités physiques ou psychiques,

sur le développement économique communautaire, ou encore sur la santé mentale. Si la question de la santé apparaît ici et là dans ces divers numéros, l'un d'eux porte spécifiquement sur la santé des francophones de l'Ontario (Bouchard & Cardinal, 1999; Boudreau & Farmer, 1999; Boudreau, 1999; Picard & Charland, 1999; Picard & Hébert 1999). Il s'agit pour la plupart d'études démographiques ou sociologiques dressant un profil des besoins de services de santé des populations regroupées sur la base de leur langue première, à partir du principe voulant que les minorités linguistiques possèdent le droit à des services dans cette langue. Par ailleurs, la Fédération des communautés francophones et acadiennes du Canada (2001) vient de publier une étude réalisée pour le compte d'un Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire, mis sur pied par le ministère fédéral Santé Canada. Cette étude intitulée *Pour un meilleur accès à des services de santé en français* fait état de l'importance des soins de première ligne en français pour les communautés minoritaires. Enfin, Cardinal (2001) s'est penchée sur les conditions politiques ayant permis aux acteurs sociaux de participer aux changements sociaux dans le cadre du développement des services de la santé et des services sociaux en français en Ontario. Hormis cet intérêt naissant, relevant pour la plupart davantage de l'intervention sociale que de la recherche fondamentale, les études sur les minorités linguistiques ne se sont pas vraiment intéressées aux questions de santé.

Dans les communautés minoritaires de langue française au Canada, que ce soit en Acadie ou en Ontario, où les francophones se retrouvaient au bas de l'échelle socio-économique, ce n'est qu'au prix de luttes politiques acharnées que, petit à petit, des services de santé publics ont été offerts en français. En Acadie, le développement institutionnel s'est traduit depuis les années soixante par l'ouverture d'un hôpital de langue française à Moncton en 1975. En Ontario, le travail de militantisme des acteurs sociaux sur le plan local a amené le gouvernement provincial à permettre la création depuis 1989 de services de santé en langue française dans diverses régions de la province opérant dans certains cas au moyen d'institutions distinctes, dans d'autres cas en fonction d'unités de services francophones au sein d'institutions anglo-dominantes. La logique des militants était qu'en tant que minorité de langue officielle, les francophones devaient pouvoir se faire soigner dans leur langue. Par contre, le seul hôpital de langue française existant en Ontario, l'Hôpital Montfort, situé dans la région d'Ottawa, fait l'objet, depuis la fin des années quatre-vingt-dix d'efforts acharnés de la part du gouvernement progressiste-conservateur afin d'en démanteler les services et d'intégrer ces derniers dans

les établissements de langue anglaise, dans le cadre d'une restructuration visant à réduire les dépenses de la province en santé. Le cas de l'Hôpital Montfort, qui se trouve devant la Cour d'appel, a entraîné une mobilisation massive des francophones. Il se trouve à l'origine de prises de position publiques émanant tant des instances gouvernementales fédérales et des tribunaux, que de la population francophone, concernant le rôle crucial que joue le domaine de la santé dans la reproduction sociale, culturelle et linguistique des communautés minoritaires. Dans cette optique, les gouvernements provinciaux devraient maintenir des institutions de santé opérant dans la langue de la minorité.

Mais le Canada n'est pas seulement un pays bilingue, c'est aussi une terre d'immigration. En effet, le Canada vise à accueillir chaque année des nouveaux arrivants pour près de l'équivalent de 1% de sa population, à savoir quelque 250 000 nouveaux arrivants. Ces nouveaux arrivants se répartissent en trois catégories principales, à savoir les immigrants indépendants faisant l'objet d'une sélection en fonction des besoins du pays en termes de ressources humaines, les gens venant rejoindre des membres de leur famille dans le cadre de la ré-unification familiale, et les réfugiés dont l'accueil est régi par les règles internationales des Nations Unies. Si la plupart des nouveaux arrivants sont susceptibles d'adopter la langue anglaise en s'établissant au Canada, et plus particulièrement au Canada anglais, le Québec, seule province à exercer la compétence partagée avec le gouvernement fédéral en matière d'immigration pour ce qui concerne la première catégorie d'immigrants indépendants, conformément à la constitution de 1867 et à une entente intergouvernementale conclue en 1977, déploie néanmoins des efforts considérables afin d'attirer des nouveaux arrivants en provenance des pays de la Francophonie. Après un premier séjour au Québec, un certain nombre d'entre eux poursuivent leur processus migratoire vers l'Ontario où les perspectives d'emploi leur semblent plus favorables. Ces nouveaux arrivants francophones mettront souvent quelques années avant de développer une maîtrise de l'anglais et compteront souvent parmi la clientèle des institutions, organismes et associations de langue française, en l'occurrence lorsqu'il s'agit d'agences fournissant des soins de santé.

Les nouveaux arrivants s'établissent pour la plupart dans les grands centres urbains, Toronto attirant le plus grand nombre d'entre eux avec quelque 70 000 nouveaux arrivants chaque année. La population totale du Grand Toronto s'élève à 4.5 millions, ce qui représente l'agglomération la plus populeuse du Canada, où la langue française se situe au neuvième rang comme

langue maternelle après l'anglais, le chinois, l'italien, le portugais, le polonais, l'espagnol, le panjabi et le tagalog. La région compte néanmoins une importante population de langue française estimée à quelque 80 000 personnes (Centre francophone, 2000, pp. 14-15). Il s'agit d'une population très diversifiée en termes d'origines géographiques, de statuts socio-économiques et d'expériences de scolarisation. Pour ce qui est de la ville de Toronto même, 23,8% des francophones proviennent d'autres régions de l'Ontario, 23,4% du Québec et 8,6% des autres provinces. Enfin, 44,2% des francophones proviennent d'autres pays. Des gens originaires des Caraïbes, d'Afrique du Nord ou d'Afrique sub-saharienne, se déplacent vers Toronto parce que le chômage y est moins élevé et qu'il serait plus facile d'y trouver de l'emploi. La population de Toronto se caractérise, en effet, par un taux d'occupation professionnelle relativement élevé, le taux de chômage étant passé de 9,1% en 1996 à 6,4% en 1999, à savoir une baisse de près de 3% (Commission de formation de Toronto, 1999, p. 13). À part cet attrait économique, il y a aussi le sentiment d'être moins marginalisé à Toronto qu'ailleurs au Canada en raison de la cohabitation de nombreux groupes d'immigrants, qui y est plus généralisée.

En général, les francophones de la région de Toronto sont plus scolarisés que la moyenne de la population; ils ont un taux d'occupation professionnelle plus élevé; et ils ont des revenus supérieurs à ceux de la population de la région en général. Les francophones de la région de Toronto se démarquent de la même manière des francophones des autres régions de la province. Il faut toutefois tenir compte d'importantes disparités au sein même des communautés francophones, affectant en particulier les nouveaux arrivants, dont les revenus demeurent inférieurs, même si le niveau de scolarité est souvent supérieur à la moyenne. De façon générale, le centre ville de Toronto attire un plus grand nombre de personnes défavorisées et de nouveaux arrivants, que les villes de la banlieue. La mobilité intérieure dans le Grand Toronto est également importante entre centre-ville et banlieues.

Si la population francophone d'installation plus ancienne est vieillissante, les nouveaux arrivants en provenance du Canada et de l'étranger sont en moyenne plus jeunes. Par contre, une partie des nouveaux arrivants sont ultérieurement rejoints par des membres aînés de leur famille, d'où l'émergence depuis peu d'une population francophone immigrante relativement âgée.

La connaissance de l'une des deux langues officielles facilite l'admission des immigrants au Canada. Dans la mesure où la situation de l'emploi est plus

favorable en Ontario, ceux-ci viendront s'établir dans cette province sans pour autant avoir une maîtrise de l'anglais, et souvent en croyant que le pays est bilingue. Si 90% des francophones de l'Ontario sont bilingues, la situation est différente chez les nouveaux arrivants en provenance de pays francophones. Ces derniers ne connaissent pas toujours l'anglais à leur arrivée et les plus âgés sont susceptibles de ne jamais en faire l'acquisition. La compétence linguistique constitue donc une donne importante dans les processus d'immigration. Par ailleurs, pour ce qui est des immigrants provenant de pays francophones, ayant vécu sous un régime colonial ou post-colonial, plusieurs ont reçu leur scolarité en français. Pour eux, le français est une langue très réelle, personnelle, même si elle est moins intime que le créole ou que les langues africaines.

Ainsi, la présence d'un bassin important de francophones donne naissance à des besoins de services en français sur le plan éducatif, de la santé, des services de garde, dans le monde communautaire, etc., d'où l'existence d'emplois dans ces services, qui constituent souvent les seuls environnements de travail où la langue française domine.

Munis de ces quelques repères contextuels, nous pouvons maintenant procéder à nos analyses. Comme nous allons le voir, notre étude de la minoration et de la santé montre que deux types de discours coexistent présentement, un discours modernisant cherchant à promouvoir l'autonomie institutionnelle de la communauté francophone misant sur l'identité ethnique comme vecteur identitaire fondamental, où identité ethnique et identité individuelle (à travers le corps) ne font qu'un, et un discours mondialisant favorisant l'expression des identités et des affiliations multiples et stratégiques donnant lieu à une fragmentation des communautés linguistiques. Ces discours sont représentatifs de deux moments de l'appropriation par l'État des institutions, déclenchant dans chaque cas des luttes de pouvoir au sein des communautés linguistiques.

Du discours modernisant au discours mondialisant

Le discours modernisant qui s'est développé à partir des années soixante se démarque de l'approche traditionaliste d'antan qui enjoignait les membres des communautés francophones à resserrer les rangs derrière l'église et la paroisse. Le discours modernisant consiste à accompagner le mouvement d'expansion de l'État moderne, et ainsi à revendiquer des droits comme communauté linguistique et à se créer des espaces institutionnels autonomes

soutenus par l'État. Dans le domaine de la santé, on voit les gouvernements provinciaux devenir les maîtres d'œuvre qui mettent en place un système de santé gratuit et universel, qui créent des institutions et organismes de santé, et qui gèrent les services offerts à la population. L'État, et plus particulièrement le gouvernement provincial, apparaît alors comme l'interlocuteur cible de l'élite francophone qui développe une argumentation autour du besoin des populations francophones d'obtenir des services de santé de qualité dans leur langue. Un personnage influent de l'Acadie, Gérard Finn (2000), évoque dans ses mémoires l'approche adoptée:

> Ainsi, nous voulions que la population francophone du sud-est de la province puisse recevoir des soins dans sa langue et qu'elle bénéficie des mêmes services spécialisés que ceux offerts dans les hôpitaux anglophones de Moncton, de Saint-Jean et de Fredericton (trois villes du Nouveau Brunswick). Nous désirions aussi remédier au manque de personnel médical et de spécialistes francophones qui se faisait sentir à l'époque. L'une des premières démarches entreprises par le conseil d'administration fut de convaincre, ce qui n'a pas été une mince affaire, les autorités gouvernementales d'acheter annuellement un certain nombre de places dans trois facultés de médecine du Québec afin d'offrir à plus de jeunes la possibilité de poursuivre leurs études en médecine et de revenir grossir les rangs du personnel médical francophone de la province (p. 90). Parallèlement, la formation d'un personnel infirmier de langue française constituait l'une de nos priorités, et nous avons dû multiplier les interventions auprès du ministre de la Santé (de l'époque) pour parvenir à nos fins. Dans une lettre qu'il m'adressa le 31 décembre 1973, le ministre nous autorisa à établir notre propre école de formation, qui devait relever d'un conseil d'administration (p. 91). Pendant les 10 années de mon mandat (comme président du conseil d'administration), l'hôpital est resté l'une de mes priorités. Au cours de cette période, nous avons exécuté plusieurs projets importants, toujours dans le but d'accroître les services de santé offerts à la population francophone. La ministre de la santé (de l'époque) dut examiner des demandes portant sur la médecine nucléaire, les ultrasons, les interventions chirurgicales au laser en ophtalmologie, les services psychiatriques et l'établissement d'un nouveau laboratoire (p. 93).

Ces mémoires campent bien le discours modernisant: le gouvernement provincial a le devoir de desservir toute la population de la province de façon équitable; les francophones constituent une communauté linguistique distincte parmi la population de la province; le principe du bilinguisme officiel suppose qu'il n'incombe pas aux francophones d'être bilingues pour obtenir des services de l'État, mais bien à l'État de fournir des services dans les deux langues officielles; le principe d'équité sous-jacent au principe du bilinguisme étatique dépasse la simple offre de services pour englober des chances égales de mobilité sociale des francophones au moyen de leur propre langue.

Ce discours modernisant donnera des résultats non seulement en Acadie, mais aussi en Ontario, dont à Toronto, avec la mise sur pied de services de santé offerts aux communautés francophones. Mais ce discours modernisant sera peu à peu doublé d'un discours mondialisant qui mettra en évidence les

limites du discours modernisant, et la cohabitation de ces deux types de discours fera apparaître des contradictions.

Ce que nous appelons discours mondialisant découle bien sûr du phénomène de la mondialisation. La mondialisation correspond à une intensification des échanges à l'échelle internationale, y compris la mobilité de la population, la circulation des biens et des capitaux, et le transfert de l'information (Bourdieu, 1998; Castells, 2000; Labrie, 2001). Sur le plan étatique, la mondialisation est caractérisée par la prédominance de l'économique sur le politique, la déréglementation des échanges sur le plan international et la difficulté croissante pour les États-nations d'exercer un contrôle sur l'échange de produits virtuels. Conformément à l'idéologie néo-libérale, l'État doit renoncer à l'interventionnisme pour laisser la place aux forces du marché. Cela signifie une réduction des ressources de l'État et de leur distribution sous forme d'assistance, ainsi que l'abandon ou la dévolution de pouvoirs. Sur le plan identitaire, la mondialisation remet en question l'idée d'identité collective homogène pour valoriser davantage l'expression des identités individuelles multiples. Chez les francophones, l'existence d'identités multiples se traduit par des répertoires linguistiques variés, diverses pratiques sociales et langagières, des représentations et des positionnements multiples, des expériences variées de mobilité sociale et géographique. On peut se reconnaître et se (re)présenter tantôt comme francophone, tantôt comme sino-mauricien, tantôt comme multiculturel, tantôt comme nord-américain, tantôt comme croyant, tantôt comme sportif, tantôt comme gai ou lesbienne, dépendamment des situations. Et l'on peut exprimer conséquemment ses préférences envers diverses communautés d'appartenance. On peut se dire francophone dans certaines circonstances, mais pas dans d'autres.

Ainsi, les transformations du rôle de l'État, les changements démographiques, et les nouvelles approches identitaires se reflètent dans les nouvelles stratégies de reproduction sociale, culturelle et linguistique des communautés francophones, incluant dans la conception des services de santé. Voici comment un administrateur de la Franco-Clinique de Toronto pose la question:

> La communauté a changé fondamentalement depuis que (la Franco-Clinique) existe, c'est aussi simple que ça, mais les débats sont moins politisés qu'ils étaient, je crois, à l'époque, il y a dix ans il y avait des grands bouleversements entre, je sais pas si vous vous rappelez mais des associations comme le Groupe de lobby franco-ontarien puis l'Organisation multiculturelle franco-ontarienne avec Monsieur Abdallah et compagnie donc il y avait des, c'était un combat très, un combat, enfin c'était un débat très politisé où on essayait de s'accaparer l'arène politique, maintenant il n'y a presque plus d'arène politique, tout ce qu'on a à débattre c'est des miettes de toute façon, il n'y a pas beaucoup d'enjeux politiques maintenant, les francophones,

> on n'est pas un gros facteur dans tout ça / l'important maintenant pour tous les joueurs c'est de mieux desservir la communauté qui a effectivement beaucoup changé, alors qu'à l'époque c'était un débat politique, maintenant c'est vraiment plus une approche opérationnelle je dirais pour desservir les communautés (...) maintenant (à la Franco-Clinique), en parlant de changement de discours, (à la Franco-Clinique) on ne parle plus de la communauté à Toronto, la communauté francophone, on parle de communauté maintenant franco-torontoise, pour essayer d'éviter tous les débats de Franco-Ontariens versus minorités visibles, versus, c'est les communautés franco-torontoises, c'est des gens qui habitent à Toronto, qui veulent parler français parce qu'ils se sentent confortables dans cette langue-là, puis ils veulent recevoir des services dans cette langue-là, c'est aussi simple que ça, alors c'est une langue, au Québec la francophonie ils appellent ça, la langue, le français comme la langue de partage, c'est à peu près ça finalement parce qu'on peut pas en demander beaucoup plus que ça, moi au delà d'offrir des services en français, mes services puis les types de services que j'offre c'est les services qui sont déterminés beaucoup par mon mandat en santé publique, la prévention de la maladie, en promotion de santé puis en santé clinique, j'essaie d'être sensible à la façon dont j'offre ce genre de programmes-là, puis ça ça m'est dicté par, par, beaucoup, le ministère de la santé, par les problèmes qui sont de type de santé publique, prévention des maladies transmissibles, ce genre de choses-là tu vois, le comment on le fait, ça ça peut être beaucoup modulé par qui est la clientèle.

Ces propos représentent bien le discours mondialisant: on ne fait pas de la politique, on fournit à la communauté francophone des services en santé à titre d'agence sous-traitante de l'État; il n'existe pas de définition univoque de la communauté francophone, mais bien des communautés au pluriel, ou tout simplement des individus. Cet acteur social présente ce point de vue non pas en tant qu'idéologie, mais bien comme une position minimale, réaliste, qui tourne le dos délibérément à la posture modernisante d'autrefois, et qui chercherait «tout simplement» des compromis entre ce que les usagers désirent et ce que les bailleurs de fonds exigent. Or, l'aspect opérationnel fait partie de la «rationalité» du néo-libéralisme, de son type de légitimation. Mais le discours de cet acteur social n'est quand même pas d'un néo-libéralisme achevé; il ne prône pas la compétition, au contraire, il mise encore sur un financement public. On voit donc là l'expression d'un positionnement fluide. Il est difficile de dire toutefois si ce sont les contraintes matérielles qui expliquent ce discours, ou au contraire si ce sont les discours et les idéologies qui sont à l'origine de telles contraintes.

Bien sûr, c'est le travail de militant remontant aux années soixante qui permet aujourd'hui l'existence de services de santé en français, mais le discours de type modernisant n'est plus adéquat. La prédominance du premier type de discours s'explique par son antériorité historique, tandis que l'émergence du second type de discours met en évidence des contradictions dans la conception même des communautés linguistiques. Pour l'instant, il est difficile de savoir comment évolueront ces divers types de discours et quel sera leur impact pour la définition des communautés linguistiques, mais voyons dans

quels termes ces deux types de discours cohabitent et quelles sont les contradictions qui en découlent en nous servant de la Franco-Clinique comme étude de cas.

Cohabitation et contradictions des discours modernisants et mondialisants à Toronto

Comme beaucoup d'organismes franco-ontariens, la Franco-Clinique est la résultante des luttes menées depuis les années soixante par des militants francophones pour la plupart d'origine canadienne-française et européenne afin d'obtenir des infrastructures francophones à titre de groupe de langue officielle, parallèles à celles du groupe majoritaire de langue anglaise. Elle n'a été mise sur pied cependant qu'en 1989 à partir d'un financement des ministères provinciaux de la Santé et des Services sociaux, sous la pression des efforts menés par des militants francophones. Elle s'inscrit donc au cœur des stratégies de reproduction sociale, culturelle et linguistique des communautés francophones. La Franco-Clinique occupe une fonction symbolique autour du principe que peu importe qu'ils soient bilingues ou pas, les francophones devraient avoir accès à des services de santé en français, c'est-à-dire qu'ils puissent exprimer le corps et les soucis du corps en français. Un intervenant en santé établit clairement le lien entre la création de la Franco-Clinique et l'approche modernisante évoquée plus haut:

> (la Franco-Clinique) a ouvert ses portes en 89, donc on a fêté notre dixième anniversaire cet automne, c'était à l'automne 89 et (elle) a été créée à la suite de la coalition d'organismes et de personnes influentes de la francophonie, dont Jules Lamoureux qui était de toute première heure comme initiateur de cette initiative-là, qui, et eux ont travaillé là pendant plusieurs années pour essayer d'obtenir des services de santé en français et avec l'arrivée de la Loi 8 sur les services en français, ça a donné un essor et (la Franco-Clinique) a été le premier des cinq centres de santé communautaire qui ont été créés par la suite dans l'Ontario français.

Toutefois, la Franco-Clinique a dû réviser sa raison d'être et son fonctionnement au cours des années quatre-vingt-dix, compte tenu, d'une part, de la transformation du rôle de l'État, d'abord axé sur l'idéologie d'État-providence, puis sur celle du néo-libéralisme (Bagaoui, 1997) et, d'autre part, des nouvelles réalités démographiques de Toronto. Cela suppose l'abandon de sa fonction symbolique qui consistait à représenter la communauté francophone, pour se concentrer uniquement sur sa fonction utilitaire comme pourvoyeur de services. Voyons de quelle façon.

La Franco-Clinique s'était d'abord donnée comme mission de servir à la fois de clinique médicale et de centre de santé communautaire. Toutefois, ce double rôle a été remis en question au cours des années quatre-vingt-dix,

alors que le gouvernement provincial s'engageait dans une vision néo-libérale du rôle de l'État et cessait de financer le volet communautaire de la Franco-Clinique. Le même intervenant en santé relate les changements drastiques dans la raison d'être de la Franco-Clinique résultant d'un revirement politique:

> (la Franco-Clinique) à l'époque offrait, à la fois des services médicaux et des services sociaux financés par les ministères respectifs, soit le ministère de la Santé pour l'aspect médical et le ministère des Services sociaux communautaires pour la partie plutôt socio-communautaire, et en 85, en 95 on a eu des Conservateurs au pouvoir, tout le volet social a été coupé là du jour au lendemain, ça a été un des premiers gestes qu'a posé le gouvernement conservateur à l'époque et qui était de couper tout un programme provincial qui finançait des initiatives comme celles-là avec des travailleurs sociaux dans les différents organismes communautaires dont les centres communautaires qui ont tous été presque touchés par cette coupure-là, et pour nous ça a été quand même une coupure assez importante, près d'un million de dollars, 50% du budget.

En plus de faire face à une transformation de sa raison d'être, la Franco-Clinique doit composer désormais avec de nouvelles normes bureaucratiques émanant du gouvernement visant la transformation des «patients» en «clients», dans le cadre de ce que l'on appelé le virage ambulatoire. Afin de faciliter le suivi administratif des «clients», on préconise que chaque citoyen soit rattaché à une agence de santé et les agences reçoivent désormais leur financement en fonction du nombre de dossiers actifs, d'où une compétition entre les institutions afin de compter le plus grand nombre de «clients» possible. Ce même intervenant en santé explique:

> on est financé par le nombre de demandes, le nombre d'interventions qu'on fait, le nombre de clients qu'on a, là tout le monde s'arrache les clients évidemment, ils les réfèrent pas, même si ils savent, très peu savent, connaissent pas l'existence ou veulent pas connaître l'existence d'une agence comme la nôtre et ça c'est un autre volet que la reconnaissance dans la communauté des institutions francophones, tout le monde, tous les Anglais je pense savent qu'il y a des affaires francophones, mais ils ne savent pas exactement qu'est-ce que c'est, puis du côté des francophones, il y a pas vraiment non plus d'efforts pour aller se faire connaître du côté anglais, c'est une observation que je fais depuis que je suis arrivé à Toronto, il y a très peu de démarches de rapprochement qui se font, bien des gens nous connaissent pas, la preuve quand (la Franco-Clinique) veut avoir un dépliant qui est 100% français, rien en anglais, donc quand la décision a été prise puis on a jugé que c'était pas nécessaire de faire de la promotion au niveau des anglophones et moi je pense que / une majeure partie de notre clientèle qui est là, puis on a pas d'instruments pour aller la chercher.

Les agences de santé se trouvent donc en compétition dans le but d'attirer le plus de clients possible et de fidéliser ces derniers. Par contre, les clients visés ne ressentent pas nécessairement le besoin de compter parmi leur clientèle. Par exemple, un jeune homme de vingt-huit ans d'origine haïtienne qui habite à Toronto depuis deux ans explique qu'il n'a pas vraiment de raisons de compter parmi les clients d'une agence de santé:

> «Amal: est-ce que t'as un médecin?
> – Si?
> Amal: t'as un médecin?

– Euh (rire) euh en fait non j'ai non non j'ai pas de médecin
Amal: ok et quand t'es quand ça t'arrive de d'être malade de tomber malade est-ce que tu vas voir un médecin?
– Bon
Amal: ou bien à l'hôpital, dans une clinique
– Euh j'ai déjà été à l'hôpital
Amal: oui
– Mais sinon je tombe pas malade facilement
Amal: ok très bien (rire) non j'ai dit ça parce que je voulais savoir si jamais tu veux voir un médecin où est-ce que tu vas et puis t'as un médecin tu parles anglais ou français ou créole
– Euh /// euh si je trouve si je si c'est un médecin haïtien ça me dérange pas je j'irai j'irai
Amal: mais qu'est-ce que tu cherches souvent? quand?
– C'est que je cherche pas trop (rire) moi je pense qu'il faut chercher vraiment mais je oui il faudra chercher un médecin euh personnel tout ça mais moi c'est que même les pilules je prends pas tout ça je je euh j'avais (rire) j'avais le flu le euh l'épidémie de grippe là qu'il y avait
Amal: uhm
– Et puis ça m'avait frappé, ça m'a frappé assez fort
Amal: uhm
– Mais je suis resté à la maison couché pour cinq jours comme ça mais j'ai pas été à l'hôpital
Amal: ok tu t'étais jamais allé à l'hôpital (rire)?
– Non j'ai bu jus d'orange tout ça
Amal: uhm
– Et puis citron et puis
Amal: mais quand ça t'arrive des fois d'aller à l'hôpital, et ou voir un médecin
– Mais à Toronto j'ai jamais été à l'hôpital, et puis donc depuis deux ans j'ai jamais été à l'hôpital
Amal: t'es jamais allé voir un médecin?
– Non plus».

Comme on le constate, les pratiques des clients ne correspondent pas nécessairement aux attentes des institutions et des organismes. Cela est apparent jusque dans la mise en discours, l'emploi du terme anglais «flu» venant à l'esprit de ce locuteur avant son équivalent en français «épidémie de grippe». La réalité sociale de la maladie passe d'abord et avant tout par l'anglais.

Les attentes des institutions et organismes en matière de soins de santé ne coïncident pas nécessairement avec celles de la clientèle. Ceci dit, il y a d'importants besoins de santé chez les nouveaux arrivants ou chez les réfugiés francophones, par exemple en matière de soins prénataux ou de soins et d'orientation par rapport aux maladies transmissibles sexuellement. Il y a par ailleurs un écart entre l'orientation programmatique de la Franco-Clinique qui est de type santé préventive, cohérente avec les directives ministérielles, et les usages en soins de santé de la part de la clientèle qui sont d'ordre curatif, c'est-à-dire des demandes ponctuelles de services pour répondre à des besoins urgents. Face à ces difficultés, la Franco-Clinique a élaboré une stratégie de développement d'activités communautaires (comme une cuisine communautaire) pour établir une continuité de contact et un réseau, facilitant

par ailleurs la sensibilisation de son personnel, mais une telle stratégie n'est pas nécessairement financée par l'État.

Par ailleurs, la Franco-clinique doit composer avec une clientèle francophone très mobile et présentant des besoins extrêmement divers. La clientèle pour laquelle elle a été fondée, celle d'origine canadienne-française ou européenne, se fait discrète, et à sa place on trouve une clientèle d'origine ethnoculturelle, ayant d'autres types de besoins, comme l'explique un intervenant en santé:

> Ben c'est ça, la clientèle, qui, à l'origine, était blanc, franco-ontarien, québécois, européen, avec les vagues d'immigration qu'on a eues du Zaïre, du Burundi, du Rwanda, puis X d'Haïti, ça fait que la clientèle est devenue à 60% et ça c'est un défi que, c'est un défi qu'on doit relever.

D'une part, les francophones d'origine canadienne-française à l'origine de la création de la Franco-Clinique, ne semblent pas tellement se prévaloir de ses services. On peut avancer plusieurs raisons possibles pour expliquer ce fait: ils sont bilingues et ils choisissent les spécialistes de la santé en fonction de leur expertise médicale plutôt que linguistique; ils préfèrent avoir recours à des services de santé plus près de leur domicile ou de leur lieu de travail; ou comme un intervenant de la santé le suggère, ils préfèrent l'anonymat des institutions de langue anglaise lorsqu'il est question de leur santé:

> «– La plupart des professionnels blancs francophones ne viennent pas
> Normand: comment tu expliques ça?
> – Pour garder l'anonymat, pour ne pas, pas que les gens sachent qui c'est, parce que bon, même si c'est toujours confidentiel, les gens ont toujours l'impression que ça va se répéter, les gens vont savoir c'est quoi leurs problèmes, leurs maladies»

Il y a aussi le fait que la Franco-Clinique réfère ses clients à des médecins francophones à l'extérieur de l'agence, les services de santé en langue française n'étant pas centralisés; par ailleurs, les institutions de langue anglaise ne réfèrent pas nécessairement leurs patients francophones à la Franco-Clinique. En somme, plusieurs refusent d'adhérer à la vision promue par l'élite concernant le lien entre le corps individuel et le corps collectif, afin d'échapper à une certaine forme de contrôle social susceptible d'être exercée au sein de la communauté linguistique.

D'autre part, les nouveaux arrivants et immigrants francophones semblent se prévaloir des services de la Franco-Clinique de façon transitoire seulement, c'est-à-dire pendant les premières années d'installation à Toronto. Ici encore plusieurs raisons peuvent expliquer cette réalité: les nouveaux arrivants et immigrants francophones recherchent des services de santé en langue française tant et aussi longtemps que leur connaissance de l'anglais ne leur

permet pas de se transférer dans des institutions de langue anglaise, tel que le relate un intervenant en santé:

> c'est qu'on a un grand roulement, c'est que les gens, les gens arrivent, les immigrants arrivent au centre-ville, ils viennent ici parce que ils parlent peu l'anglais.

Souvent, les nouveaux arrivants s'installent d'abord au centre-ville avant de déménager vers la banlieue, dès que des possibilités de mobilité sociale s'offrent à eux. Dans le prochain extrait, ce même intervenant en santé en donne les explications suivantes:

> «John: et tu parlais tantôt de cette clientèle en transition, donc ils viennent puis une fois qu'ils sont habitués avec l'anglais ils repartent, en principe ça dure combien de temps selon toi?
> – Environ un an, un an à deux ans, un an à deux ans / il y en a qui restent, il y en a qui viennent de loin, il y en a qui viennent d'Ajax, il y en a qui viennent d'Oshawa (i.e. deux villes de banlieue) pour se faire soigner (à la Franco-Clinique) / mais quand ils demeurent à Oshawa puis que tu as une voiture, que tu as une bonne job, que tu peux te déplacer, tu as fait le choix de vivre à Oshawa, etc., quand tu es un nouveau arrivant, que tu t'installes ici au centre-ville en arrivant, parce que ils vont, il y a peut-être plus des maisons de chambre ou des choses comme ça, puis dès que tu t'installes tu t'en vas plus vers le nord est, c'est Morningside etc., ça fait une heure et demie, deux heures de métro, d'autobus pour venir te faire soigner quand tu es malade, ou ton bébé est malade, c'est pas évident, donc ils viendraient probablement encore si on était plus proche d'eux-autres, ils s'installent où il y a des logements de disponibles à meilleur marché».

Un homme d'origine haïtienne explique quant à lui ses choix dans des termes qui confirment l'analyse de cet intervenant en santé, mais qui les nuancent encore davantage en fonction de besoins liés aux compétences langagières de ses parents âgés et de ses propres stratégies de transmission de la langue française à son enfant:

> «– (la Franco-Clinique) je l'ai utilisée mais c'était pour mes parents, parce que quand mes parents viennent ici il y a un problème de langue qui se pose, donc quand il faut aller chez le médecin avec eux, donc il fallait quand même faire, cette agence était de toute importance, parce que les médecins sont francophones, donc et aussi, non c'était ouais, c'est à ce niveau-là, et puis ma fille quand elle était très jeune, elle allait à cette clinique
> Normand: pourquoi avec ta fille?
> – Bon en fait, à ce moment, quand elle était très jeune, elle ne pouvait pas s'exprimer en anglais bien sûr et donc il fallait, et puis je pense à ce moment je, je voulais que tout l'environnement soit francophone pour elle, il faut que le médecin soit francophone, et jusqu'à présent son médecin est francophone mais il fallait passer par la clinique à ce moment-là pour insister sur l'importance du français et tout (...) en fait ma fille, elle allait, à un certain moment elle allait chez un médecin anglophone aussi, en fait au départ c'était la (Franco-)clinique, ensuite elle, vu la distance et tout, j'avais, elle avait changé de médecin pour un anglophone, maintenant elle a encore un médecin, une haïtienne comme médecin
> Normand: près de chez vous?
> – Non, c'est presque en ville
> Normand: ah oui puis elle préfère un médecin haïtien(ne) maintenant?
> – J'ai fait le choix
> Amal: OK
> – J'ai fait le choix
> Normand: ah oui c'est ton médecin à toi aussi peut-être ou?

BEST COPY AVAILABLE

> – Oui, c'est mon médecin aussi donc, parce que le dentiste aussi est haïtien (...)
> Normand: c'est important pour toi d'avoir comme un dentiste haïtien ou un médecin
> – Je pense que c'est important, oui c'est important et puis si on regarde toutes les autres communautés, les Italiens ils le font, ils vont chez les médecins italiens et les Chinois vont voir les Chinois, donc pourquoi nous on devrait pas le faire, c'est important».

On a donc ici un acteur social qui s'accommode de la vision promue par l'élite sur le lien entre le corps individuel et le corps collectif de la communauté linguistique, mais pour qui la communauté est plutôt haïtienne que franco-ontarienne.

La Franco-Clinique fait donc face à un défi double: servir une population francophone disséminée sur un grand territoire et fidéliser une clientèle qui tend à se passer de ses services dès lors qu'elle bénéficie d'un meilleur degré de bilinguisme et de mobilité sociale, ou dès lors qu'elle a accès à des services offerts par des spécialistes qui lui semblent plus familiers en raison de leurs origines géographiques ou de leur usage d'autres langues, telles le créole ou toute autre langue africaine.

Alors que le discours modernisant justifiait l'existence de services en langue française en fonction de raisons symboliques liées au droit à l'usage de sa langue première, on a ici une population pour qui le français cache l'usage d'autres langues tout autant premières (créoles, langues africaines, etc.). Par conséquent, le français ne remplit pas tant une fonction symbolique que des fonctions formelles et professionnelles. Il s'agit d'un outil servant à offrir et à se procurer des services. Dans l'extrait qui suit, un médecin d'origine mauricienne explique l'utilité du créole dans ses pratiques:

> «– la majorité des Mauriciens parlent anglais alors ils n'ont pas de problèmes majeurs, enfin je m'attends pas si quelqu'un qui soit de Mississauga (ville de banlieue) vienne me voir simplement parce que je suis mauricien, j'en ai, j'en ai qui le font mais comme je vous dis j'ai beaucoup de vieux, c'est les gens de Maurice qui sont d'un certain âge, 60, 65 et ça c'est les gens qui viennent de l'Île Maurice qui viennent me voir régulièrement, remarquez j'ai des gens, j'ai aussi des jeunes avec des petits bébés et etc., mais je crois pas que je sois tellement différent d'un autre médecin, je suppose que il se trouve que je suis mauricien et que certaines personnes me connaissent et bon, je ne dirais même pas 10% c'est moins que ça, j'ai peut-être une centaine de familles au maximum que j'ai connu comme malades et eux c'est être X j'ai beaucoup de Mauriciens par exemple qui viendraient me voir rien que quand ils sont très malades ou qu'ils ont des choses qui comprennent pas, ils ont été voir un médecin qui leur a dit ben voilà c'est pas une grippe, c'est pas ceci mais maintenant il faudrait faire des tests par-ci, il faut faire une opération par-là, ou bien si c'est un traitement à long terme, là ils courent vers moi, ils s'assoient et ils me parlent en créole pour savoir qu'est-ce qu'il se passe
> Normand: pour bien comprendre
> – pour bien comprendre qu'est-ce qu'il s'est dit et après je les revois plus ils retournent avec leur médecin habituel parce que comme je vous dis c'est très loin pour eux de venir mais j'ai des fidèles».

La population mauricienne est donc caractérisée dans sa majorité par sa maîtrise de l'anglais, et dans une moindre mesure par son recours au français, davantage en fonction de son aspect utilitaire qu'identitaire. Apparaît donc, sur le plan identitaire, cette possibilité d'identités et d'appartenances multiples, d'où des pratiques sociales bi- ou plurilingues.

Ce phénoméne de fragmentation identitaire n'est pas exclusif à la communauté mauricienne. En fait, sa généralisation engendre une redéfinition de la raison d'être et du fonctionnement des institutions, organismes ou associations francophones, tel que le relate un administrateur de services de santé:

> «mais dans la rue tu passes pas ton temps à parler en français avec n'importe qui, tu passes pas ton, tu vas pas à tous les événements parce que tu es francophone, c'est plus de même que ça marche, tu as une appartenance segmentée parce que dans un contexte comme ça, si ton appartenance était continue, totale, complète, tu péterais au fret tu te sentirais complètement paranoïaque, puis les TLM (*Toujours les mêmes*, i.e. la petite clique de gens qui participent à tous les événements organisés par la communauté francophone) c'est ça, t'sais c'est un peu ça: «tu étais pas à la pièce de théâtre?», «ben guess what non, t'sais, j'ai d'autres choses à faire, en anglais même, sacrilège, t'sais, je suis allé voir un film en anglais», non, ben c'est ça, il faut pas exagérer mais c'est ça, je pense qu'il faut comprendre que (...) je suis pas une institution, je trouve que, il y a des valeurs qu'on promouvoit (à la Franco-Clinique) (...) des valeurs importantes (...) il y a des valeurs qu'on promouvoit (à la Franco-Clinique) ici mais je suis pas une shop de création de valeurs identitaires politiques, bla, bla, bla, c'est pas ça que je crée ici moi, j'ai la chance d'offrir des services très pratico-pratiques, pas de type culture entre guillemets là, mais de type socio-communautaire, santé médico-sociale.»

«Je ne suis pas une shop de création de valeurs identitaires politiques... j'ai la chance d'offrir des services très pratico-pratiques», un propos qui représente bien les nouvelles postures typiques du discours mondialisant. On voit également dans la mise en discours, le positionnement de cet acteur social cherchant à composer avec une communauté linguistique conçue comme unilingue, et ses propres pratiques sociales et culturelles bilingues.

Les nouvelles réalités démographiques des communautés franco-torontoises ne se reflètent pas uniquement dans la composition de la clientèle de la Franco-Clinique, mais aussi dans son personnel. Dirigée à l'origine par un Néo-Canadien, la Franco-Clinique a su s'attirer non seulement une clientèle, mais aussi un personnel diversifié sur le plan ethnoculturel. Avec une clientèle qui est à soixante pour-cent d'origine néo-canadienne, la Franco-Clinique se doit en effet de disposer d'un personnel, tant en ce qui concerne les professionnels de la santé que le personnel de soutien, qui soit représentatif des divers groupes ethnoculturels de Toronto. Un intervenant en santé évoque les difficultés qui se posent à cet égard:

> «Normand: Dans votre personnel, est-ce que les communautés ethnoculturelles sont bien représentées?

> – Ben j'aime à dire que oui, je pense que oui / au niveau des minorités visibles, parce que on parle de communautés ethnoculturelles, mais il y a des minorités qui sont pas visibles, je pense nos médecins, Vladimir, il est biélorusse / les professionnels sont plus blancs d'origine québécoise, ontarienne ou / européenne, le personnel de soutien est, il y a plus de personnel de soutien qui sont de la communauté ethnoculturelle de minorité visible, des Haïtiens, des Africains, ça tombe comme ça là, il faut dire aussi que dans les nouveaux arrivants qui sont, qui sont récents dans dix ans, il y a peu de gens qui sont professionnels, un médecin noir francophone à Toronto, j'en connais pas
> Normand: Les diplômes sont pas reconnus non plus, si il arrive avec son diplôme de médecin
> – Non, c'est ça puis ça prend des années avant d'être qualifié, que ce soit les infirmières ou des, des médecins ou des travailleurs sociaux, les travailleurs sociaux il y en a un petit peu plus, il y en a quelques-uns maintenant mais dans l'embauche on a ce souci-là, définitivement on a une politique d'équité pour essayer d'encore une fois, dans notre but ultime d'avoir plus, de faire plus de place aux communautés ethnoculturelles, aussi au niveau des professionnels mais quand tu fais l'application pour un médecin, on a déjà de la misère à trouver des médecins qui parlent français couramment, ça se garroche pas aux portes, il y a quelques contacts, bon des gens qui sont en processus de certification, ils ne sont pas prêts, ils sont pas prêts, on a eu Chitra Lebeau qui était une indienne de l'Inde, qui a travaillé pour nous un petit bout de temps, quand c'est possible on le fait là, elle était contractuelle, au niveau permanent on en a pas pour le moment.»

De son point de vue, donc, la représentativité de la clientèle au sein du personnel semble constituer un moyen de fidéliser la clientèle: en effet, la clientèle néo-canadienne qui ne se reconnaîtrait pas dans la Franco-Clinique, risquerait toujours de faire appel à des services de langue anglaise s'inscrivant mieux dans le courant multiculturel de Toronto; par ailleurs, avec le temps, il serait possible d'envisager la création en parallèle d'organismes francophones ethnoculturels, et c'est l'hypothèse que cet intervenant en santé formule comme suit:

> Il y a des organismes communautaires, il y a un centre de santé là, enfin, un centre communautaire africain, qui vient de voir le jour, c'est une organisation bénévole, qui voudrait s'orienter vers la santé / il y a des centres communautaires, comme le Women's Health Centre (...) qui s'occupe de la santé des femmes mais en général, dans la pratique, c'est la santé des femmes africaines surtout, des femmes noires en général, le staff est composé presque majoritairement de femmes noires, leur clientèle est majoritairement des femmes noires, tout ça se passe en anglais, mais ils ont aussi des groupes en français, quelques groupes en français, ils essaient de développer des choses en français.

En effet, une multitude d'institutions, d'organismes et d'associations francophones à Toronto ont été créés au cours des trente dernières années et ils se trouvent souvent en compétition les uns avec les autres lorsqu'il s'agit d'être reconnus comme porte-parole légitimes de segments de la population francophone, et lorsqu'il s'agit d'avoir accès aux ressources matérielles sous forme de subventions. La Franco-Clinique est perçue comme un organisme bien établi, jouissant d'un degré élevé de reconnaissance, de crédibilité et de légitimité auprès des bailleurs de fonds. Il lui faut néanmoins trouver un modus

vivendi auprès des organismes naissants, eux-mêmes à la recherche de légitimité et de financement. Ce même intervenant en santé le reconnaît:

> C'est important je pense de leur faire de la place dans les organisations ou bien on va voir naître en parallèle puis on a déjà commencé à voir ce phénomène là, des organismes francophones, africains, des organismes qui vont être en compétition avec les organismes francophones qui sont déjà en place.

Cela pose à nouveau la question de la fonction symbolique des institutions, organismes ou associations: pour être perçus comme légitimes et bénéficier de subventions, ces derniers doivent non seulement offrir des services, mais ils doivent aussi remplir des fonctions symboliques de représentation des communautés, et c'est là l'un des paradoxes qui les guettent.

Pistes de conclusion

La définition que l'on donne des communautés francophones se répercute sur la raison d'être et le fonctionnement des institutions, organismes et associations de ces communautés. L'examen des transformations des communautés et des organismes nous amène à la conclusion que la constitution d'une communauté francophone est un projet de société difficile à réaliser à Toronto, mais en même temps, comme le discours modernisant nous l'a enseigné, une telle communauté est nécessaire si l'on veut créer des emplois et développer des expertises professionnelles chez les francophones, leur permettant une certaine ascension sociale, que ces derniers soient canadiens-français, immigrants ou nouveaux arrivants. L'enjeu ultime, c'est l'existence d'une société pluraliste et équitable.

Alors que la vision modernisante reposait sur la création d'espaces francophones toujours axés sur le point de référence ethnolinguistique, malgré une fragmentation identitaire croissante, on observe, aussi bien chez des membres des communautés francophones d'origine canadienne-française ou immigrante, que dans les institutions, le développement de stratégies d'affiliations multiples. Ainsi, les membres des communautés peuvent se tourner vers divers réseaux, leur affiliation francophone étant une de leurs ressources.

La communauté franco-torontoise est difficile à construire pour plusieurs raisons: les nouveaux arrivants et immigrants francophones pourraient devenir de nouveaux membres de la francophonie à la condition qu'il existe en fait des institutions, organismes et associations permettant une réelle interaction et intégration; or il n'existe pas de milieu unilingue francophone, et beaucoup de francophones mettent l'accent davantage sur d'autres points d'affiliation que la

francophonie, ou font une distinction entre identité et besoins de services. Il n'existe pas vraiment de milieu francophone au sein duquel les nouveaux arrivants peuvent s'intégrer; les francophones d'origine canadienne-française, qui sont généralement bilingues, cherchent à créer des zones unilingues pour se réfugier de la domination de l'anglais au moyen d'institutions, organismes ou associations francophones; les nouveaux arrivants doivent atteindre un certain niveau de compétence en anglais pour fonctionner dans la société anglo-dominante. Il y a donc existence d'intérêts et de besoins à la limite conflictuels entre les divers groupes. Les francophones d'origine canadienne semblent préférer des services de santé en anglais, tandis que les nouveaux arrivants désireraient des services offerts par des professionnels de leur propre langue ou culture d'origine.

Il en résulte des institutions, organismes et associations dont la clientèle est majoritairement composée de nouveaux arrivants et d'immigrants francophones et dont le personnel est composé d'une part de personnes d'origine canadienne-française ou européenne, et d'autre part de nouveaux arrivants et d'immigrants francophones. Dans plusieurs institutions, organismes ou associations francophones de Toronto, cette composition se traduit par une stratification, les premiers se retrouvant dans les postes de gestion et les seconds aux services à la clientèle. Qu'il soit membre du groupe qui a promu l'idéologie modernisante ou pas, le personnel bénéficie de cette idéologie grâce à la création des organismes comme espaces unilingues, et il a intérêt à les maintenir.

En somme, les institutions, organismes ou associations se trouvent dans une conjoncture paradoxale. Conçues comme entités autonomes remplissant des fonctions symboliques, ils sont devenus des pourvoyeurs de services en compétition avec d'autres pourvoyeurs de services de langue anglaise, de langue française, d'une origine ethnique particulière ou de dimension multiculturelle. Ils survivent sur la base d'un rôle de premier contact pour les nouveaux arrivants, à titre de structures d'accueil de la communauté francophone. Or, dans les faits, il ne constituent pas de réels moyens d'accès à une telle communauté, au demeurant plus virtuelle que réelle: d'une part, les tensions au sein des organismes révèlent l'importance de repenser la notion modernisante de la communauté comme axée fondamentalement sur sa dimension ethnolinguistique; d'autre part, ces tensions finissent par favoriser l'intégration au monde anglo-dominant de Toronto.

Les discours identitaires autrefois dominants deviennent progressivement désuets en raison du changement social et ils sont remplacés par de nouveaux discours identitaires émergents. La cohabitation de tels discours identitaires résulte en des contradictions qui ont des conséquences sur la raison d'être et le fonctionnement des institutions, organismes et associations, remplissant des fonctions symboliques pour les communautés linguistiques.

On peut toutefois considérer que cette situation prévaut pour toutes les institutions et on peut se demander en quoi le secteur de la santé est différent et ce qu'il peut nous enseigner. L'argumentation voulant qu'il y ait adéquation entre le corps individuel et le corps collectif, promue par l'ancienne élite, justifiant la mise en place de services de santé en français, ne suscite pas l'adhésion de tous les acteurs sociaux; les services font face, d'une part, à l'absence des personnes (corps) bilingues, ces dernières n'étant pas exclusivement de langue française et, d'autre part, à la présence de personnes (corps) pour lesquelles la langue française sert d'instrument de communication, mais dont les repères identitaires se situent ailleurs.

En somme, l'idéologie néolibérale a eu pour effet de transformer les institutions minoritaires en pourvoyeurs de services, les dépouillant de leur fonction symbolique de représentation de la communauté. Dès lors, la communauté correspond à l'ensemble des usagers des services. On est passé d'une logique où il y avait une communauté, donc des services, à une nouvelle logique où il y a des services offerts, donc une communauté. Par contre, la clientèle n'est pas la même selon la définition de la communauté que l'on adopte. Il y a donc transformation de l'idée même de la communauté.

BIBLIOGRAPHIE

Association canadienne pour la santé mentale (1987). *When I'm sick, I'm not bilingual: Position paper on the planning of French language mental health services for adults between the ages of 16 to 65*. Section Ottawa-Carlton (novembre).

Bagaoui, R. (1997). Réponse des associations communautaires de la région de Sudbury à la crise de l'État providence. *Reflets, Revue ontaroise d'intervention sociale et communautaire, 1 (1)*, 102-112.

Bouchard, L., & Cardinal, L. (1999). Conditions et possibilités de services en français en Ontario dans les domaines de la santé et des services sociaux: un enjeu pour les femmes. *Reflets, Revue ontaroise d'intervention sociale et communautaire, 5 (2)*, 111-124.

Boudreau, F., & Farmer, D. (1999). Profil épidémiologique des francophones de l'Ontario: les faits saillants revisités et comparés. *Reflets, Revue ontaroise d'intervention sociale et communautaire, 5 (2)*, 105-110.

Boudreau, F. (1999). Langue minoritaire et services de santé mentale en l'an 2000: droits et besoins des francophones de Toronto. *Reflets, Revue ontaroise d'intervention sociale et communautaire, 5 (2)*, 125-157.

Bourdieu, P. (1998). *Acts of Resistance: Against the New Myths of our Time*. Cambridge: Polity Press.

Cardinal, L., en collaboration avec Andrew, C., & Kérisit, M. (2001). *Chroniques d'une vie politique mouvementée. L'Ontario francophone de 1986 à 1996*. Essai: Hearst, Le Nordir.

Castells, M. (2000). *The Information Age: Economy, Society and Culture*. (3 vol.). Oxford: Blackwell.

Centre francophone (2000). *Planification stratégique*. Toronto: Centre francophone du Toronto métropolitain.

Chambon, A. (1995). Life history as dialogical activity: «If you ask me the right questions, I could tell you». *Current Sociology, 43 (2)*, 125-135.

Cicourel, A.V. (1987). Cognitive and organizational aspects of medical diagnostic reasoning. *Discourse Processes, 10 (4)*, 347-367.

Commission de formation de Toronto (1999). *Analyse de la conjoncture en formation – mise à jour*. Toronto: Commission de formation de Toronto.

Erickson, F., & Rittemberg, W. (1987). Topic control and person control: a thorny problem for foreign physicians in interaction with American patients. *Discourse Processes, 10 (4)*, 401-415.

Fédération des communautés francophones et acadiennes du Canada (2001). *Pour un meilleur accès à des services de santé en français*. Ottawa: Santé Canada.

Foucault, M. (1969). *L'archéologie du savoir, Bibliothèque des sciences humaines*. Paris: Les Éditions Gallimard.

Friedson, E. (1970). *Professional Dominance: the social structure of medical care*. New York: Atherton Press.

— (1971). *Profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge*. New York, Dodd: Mead.

Goffman, E, (1961). *Asylums; essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Garden City (New York): Anchor Books.

Heller, M., & Freeman, S. (1987). First encounters: The role of communication in the medical intake process. *Discourse Processes, 10(4)*, 369-384.

Heller, M., & Labrie, N. (en préparation). Langue, pouvoir et identité: une étude de cas, une approche théorique, une méthodologie. In M. Heller & N. Labrie, *Prise de parole: langue, pouvoir et identité dans un monde en mutation*.

Labov, W., & Fanshel, D. (1977). *Therapeutic Discourse: Psychotherapy as Conversation*. New York: Academic Press.

Labrie, N. (2001). Mondialisation et conditions de viabilité de la langue française en Amérique du Nord. *Présence francophone, 56*, 55-71.

Mouawad, W. (2001). Au lendemain du 11 septembre 2001. Lettre ouverte aux gens de mon âge. «Notre génération a besoin de miracles car nous aurons bientôt à nous occuper de ce monde qui tombe». *Le Devoir*, 27 septembre 2001, p. A7.

Picard, L., & Charland, J. (1999). Le profil démographique et les déterminants de la santé des francophones en Ontario. *Reflets, Revue ontaroise d'intervention sociale et communautaire, 5 (2)*, 46-65.

Picard, L., & Hébert, D. (1999). L'état de santé de la population francophone de l'Ontario. *Reflets, Revue ontaroise d'intervention sociale et communautaire, 5 (2)*, 66-104.

Sarangi, S., & Roberts, C. (dir.) (1999). *Talk, Work and Institutional Order: Discourse in Medical, Mediation and Management Settings*. Berlin: Mouton de Gruyter.

Saint-Amand, N., & Vuong, D. (1994). Quand la langue fait une différence. Ce que des «bénéficiaires» pensent du système de santé mentale. *Sociologie et société, XXVI (1)*, 178-196.

Singy, P. (1997). Scopes and limits of medical discourse concerning AIDS prevention. *Language and Awareness, 6 (4)*, 238-241.

— (1999). L'implicite dans la communication médecin/patient: le partage en jeu. *La Linguistique, 34 (2)*, 183-191.

L'application de la loi linguistique dans la politique hospitalière et le réseau des urgences à Bruxelles-Capitale: équilibrer l'offre et la demande d'une ville plurilingue et multiculturelle

Myriam VERKOUTER[1]
Vrije Universiteit Brussel, Centrum voor de Interdisciplinaire Studie van Brussel,
Pleinlaan 2, B-1050 Brussel

The linguistic situation in Brussels hospitals has been the subject of much debate and research. A brief overview of the works which have been published over the last thirty years has made it possible to classify their objectives and arguments. The first part of the article sets out the statutes and legal framework under which hospitals operate, the language laws and the way in which they are monitored. The second part presents the results of a study, which consisted of recording the comments, experiences and remarks of Dutch-speaking general practitioners and their patients regarding their contacts with hospitals in the Brussels-Capital Region.

1. Introduction

Le 1er juin 2001, divers journaux flamands annoncèrent la création d'un «meldpunt» – un centre d'information et d'accueil où l'on peut déposer une plainte et qui enregistre les réclamations – pour traiter les plaintes linguistiques dans les hôpitaux bruxellois. Cette décision découlait des propositions de la Conférence Interministérielle sur la Santé Publique, qui avait réuni autour de la table tant les ministres fédéraux que les ministres communautaires et régionaux responsables de la santé[2]. A cette occasion, la ministre flamande de l'Aide sociale, de la Santé et de l'Egalité des Chances, Mieke Vogels, avait expliqué que le centre aurait pour mission d'examiner l'ampleur du problème linguistique dans les hôpitaux bruxellois[3]. *«Depuis des*

1 Avec mes plus sincères remerciements au Prof. Dr. Els Witte, directeur de thèse et du Réseau de Recherche Scientifique «Etude de Bruxelles et d'autres grandes villes multilingues» qui a rendu la traduction de cet ouvrage possible, ainsi qu'au Dr. Luc D'Hooghe, en tant que responsable du projet, et aux Prof. Dr. Hugo Baetens Beardsmore, Prof. Dr. Machteld De Metsenaere, Drs. Anja Detant et à Marie-Line Lecourt pour les nombreuses conversations, leurs précieux conseils et la lecture approfondie de mes textes.

2 Vlaamse patiënten in Brussel kunnen taalklachten melden. In: *De Morgen*, 6 juni 2001. Er komt meldpunt taalkachten in Brusselse ziekenhuizen. In: *De Standaard*, 6 juni 2001. Bijkomende taalvoorwaarden. Meldpunt taalklachten bij gezondheidsdiensten en MUG moet zich aanpassen aan taal. In: *Het Nieuwsblad*, 6 juni 2001.

3 Meldpunt registreert taalklachten over Brusselse ziekenhuizen. In: *Financieel Ekonomische Tijd*, 6 juni 2001.

© 2001 Institut de linguistique
Université de Neuchâtel

années, les néerlandophones se plaignent des services de santé bruxellois où les médecins et le personnel infirmier sont incapables de communiquer en néerlandais avec les patients. Et depuis des années, rien n'est fait pour remédier à cette situation. A présent, un premier pas est posé dans la bonne direction», avait déclaré la ministre Magda Aelvoet, sa collègue au niveau fédéral[4].

Signaler l'existence de problèmes de communication dans les hôpitaux bruxellois et faire remarquer que peu ou rien n'est fait pour y remédier équivaut à enfoncer des portes ouvertes. Depuis les années soixante, le manque de services de soins de santé bilingues a non seulement été mis en évidence dans le discours politique des Flamands bruxellois et dans leur lutte pour une plus grande justice pour les patients néerlandophones, mais également par la communauté scientifique, qui voyait dans l'offre sanitaire de l'agglomération bruxelloise un sujet de recherche idéal.

En effet, suite aux diverses réformes de l'Etat belge et à la création de la Région de Bruxelles-Capitale, la gestion de l'offre sanitaire bruxelloise est devenue particulièrement complexe. La structure est décrite dans la première partie de cet article, laquelle examine également l'application de la loi linguistique dans les divers hôpitaux bruxellois. La deuxième partie de l'article présente l'analyse des résultats de l'étude '*Qualité de la communication au niveau des contacts des patients et des généralistes avec les institutions de soins bruxelloises'*, que j'ai réalisée en 1999-2000 en tant que collaboratrice du Centre d'Etudes Interdisciplinaires de Bruxelles pour le compte de l'A.S.B.L. des généralistes néerlandophones à Bruxelles[5]. Cette étude porte sur la manière dont les patients des généralistes néerlandophones de Bruxelles et des communes périphériques utilisent l'offre sanitaire, les modalités de contacts avec les hôpitaux bruxellois et l'impact des facteurs socio-géographiques et culturels sur ces différents aspects.

---

4 Er komt meldpunt taalkachten in Brusselse ziekenhuizen. In: *De Standaard*, 6 juni 2001.

5 Verkouter, *Kwaliteit van de communicatie in de contacten van de patiënten en van de huisartsen met de Brusselse verzorgingsinstellingen*, eindrapport, juni 2000, 214 + Bijlagen en Verkouter. De ziekenhuizen, de taalwetgeving en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest: vergelijking van het aanbod met de behoeften van Nederlandstalige huisartsen en hun patiënten. In: Witte & Mares, *19 keer Brussel*. Brusselse thema's 7, VUB-Press, Brussel, 2001, pp. 447-494.

2. La structure de l'offre sanitaire, les hôpitaux bruxellois et la loi linguistique

2.1 L'offre sanitaire à Bruxelles-Capitale au sein de la structure fédérale belge

Pour comprendre la politique de l'offre sanitaire à Bruxelles, il convient de la resituer dans le contexte du modèle bruxellois, en particulier, et de la structure fédérale, en général. La langue et la territorialité jouent un rôle essentiel en tant que fondements de cette structure fédérale. Selon la langue officielle que l'on utilise et l'endroit où l'on habite, on appartient à l'une des trois communautés (la communauté flamande, la communauté française ou la communauté germanophone) et à l'une des trois régions (la Flandre, la Wallonie ou la Région de Bruxelles-Capitale). En Flandre, la langue prédominante est le néerlandais[6]. En Wallonie c'est le français, à l'exception de la petite communauté germanophone située à l'extrémité Est de la Belgique, dont la langue officielle est l'allemand. Seule la région de Bruxelles-Capitale est *de jure* bilingue (néerlandais/français) et, dans quelques communes situées le long de la frontière linguistique, une politique des minorités est appliquée par le biais de facilités linguistiques. Toute une série de compétences sont réparties à travers les Communautés et Régions, qui disposent à cet égard d'organes législatifs et exécutifs.

A Bruxelles, en ce qui concerne le secteur de la santé, les compétences sont réparties entre les pouvoirs. La Région de Bruxelles-Capitale est compétente en matière d'aide médicale urgente. Les Communautés flamande et française sont compétentes pour tout ce qui relève de leurs hôpitaux universitaires, des formations pour les médecins et les paramédicaux et de leurs propres secteurs de soins ambulatoires (notamment les soins à domicile, l'aide aux personnes âgées, les services de gardes-malades et les services de garde), pour autant que ceux-ci revêtent un caractère unicommunautaire[7]. En raison de l'absence de critères linguistiques et de l'aspect multiculturel de la métropole, un grand nombre de services, que ce soit en matière de santé, de culture ou d'aide sociale s'adressent à la fois à la communauté linguistique néerlandophone et à la communauté linguistique francophone. Or, tous ces services à caractère 'bicommunautaires' sont gérés par la Commission

---

6 Le néerlandais étant la langue officielle de la Flandre, le flamand est considéré comme un dialecte régional qui varie d'une region à l'autre.

7 Brans, Van Hassel & Rimanque, De Vlaamse Gemeenschap in Brussel. De toepassing van art. 65 en 66 van de Brusselwet. Acco, Leuven, 1992, pp. 113-121.

Communautaire Commune. Par conséquent, cette instance contrôle l'essentiel de l'offre sanitaire de la capitale: les hôpitaux généraux, les institutions de soins chroniques, les policliniques, les maisons de repos, quelques centres médicaux et psycho-sociaux, etc. Dans leur ensemble, ces établissements sont regroupés sous la dénomination 'institutions de soins bicommunautaires'.

2.2 La loi linguistique et les hôpitaux dans la Région de Bruxelles-Capitale

Le régime linguistique diffère selon le statut de l'hôpital: les hôpitaux universitaires sont mono-communautaires et relèvent d'une seule communauté linguistique, tandis que les hôpitaux privés et publics sont bicommunautaires et servent en principe les deux communautés linguistiques prédominantes à Bruxelles.

Même si les hôpitaux universitaires recrutent activement dans la Région de Bruxelles-Capitale et dans les communes de la périphérie[8], aucune loi ne les oblige à être bilingues: la langue véhiculaire officielle de l'hôpital universitaire appartenant à la Communauté flamande est le néerlandais, et dans les deux hôpitaux de la Communauté française, c'est le français.

Bien qu'en principe tous les hôpitaux généraux – appellation qui désigne à la fois les hôpitaux privés et les hôpitaux publics – soient bilingues de par la loi et que la Commission Communautaire Commune (CCC) contrôle leur programmation et leur organisation, le législateur a opéré jusqu'ici une distinction entre les hôpitaux privés et les hôpitaux publics, en ce qui concerne le respect de la loi linguistique. Ainsi, les hôpitaux privés ne sont soumis à aucune obligation légale en matière d'organisation ou de fonctionnement[9]. Ils sont censés fournir les efforts nécessaires en vue d'assurer des services bilingues, mais leur régime linguistique n'est pas contrôlé. En revanche, les hôpitaux publics sont obligatoirement bilingues. Tout comme les autres services des Centres Publics d'Aide Sociale, il s'agit de services décentralisés des communes qui tombent sous la loi des services municipaux[10]. Ces lois linguistiques

---

8 Les communes de la périphérie sont: Braine-l'Alleud, Waterloo, Sint-Genesius-Rode, Linkebeek, Beersel, Halle, Sint-Pieters-Leeuw, Drogenbos, Dilbeek, Wemmel, Grimbergen, Vilvoorde, Machelen, Zaventem, Kraainem, Wezembeek-Oppem en Tervuren.

9 Masschelein, Het Bestaande zorgaanbod. In: *Het Nederlandstalig zorgaanbod in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest*, verslagboek van het colloquim van 9 mei 1998, Vlaams Komitee Brussel – Katholieke Universiteit Brussel, Brussel, 1998, p. 13.

10 Van Santen, *Taalwetgeving in Bestuurszaken. Opleidingsinstituut van de Federale Overheid, Brussel*, 1998, 121 p.

définissent le régime linguistique des contacts entre dispensateurs de soins et demandeurs de soins, ainsi que les connaissances linguistiques du personnel de l'hôpital. Comme pour les autres services municipaux de Bruxelles-Capitale, le régime linguistique dépend du choix linguistique du particulier (entendez par là: le patient et sa famille), pour autant que la langue choisie soit le néerlandais ou le français[11]. Ceci suppose que le personnel de l'hôpital possède une certaine connaissance de ces deux langues véhiculaires. Le personnel qui est en contact avec le public doit prouver, lors de son engagement, sa connaissance de la deuxième langue. Le degré de connaissance dépend de la nature de la fonction à exercer et doit être prouvé avant l'entrée en fonction. Les hauts fonctionnaires doivent réussir un examen linguistique organisé par le Secrétariat Permanent de Recrutement, sous le contrôle de la Commission Permanente de Contrôle linguistique[12].

Dans le cadre de sa fonction de contrôle, la Commission Permanente de Contrôle linguistique est aussi chargée de traiter les plaintes portant sur l'application de la loi linguistique et est autorisée à ouvrir une enquête auprès des autorités administratives. Elle exerce sa fonction de contrôle par le biais d'avis. Au cours de cette dernière décennie, la Commission Permanente de Contrôle linguistique a émis 25 avis relatifs à la situation linguistique dans les hôpitaux bruxellois. Les plaintes et/ou demandes d'avis avaient trait au régime linguistique du personnel et des médecins, à la correspondance et à la facturation de l'hôpital, aux inscriptions dans les couloirs et dans les ambulances et à la nomination du personnel hospitalier.

3. Problèmes linguistiques dans les hôpitaux bruxellois: domaines d'intérêts scientifiques et politiques

La densité de population de la Région de Bruxelles-Capitale s'élève à 950.000 habitants la nuit et 1.300.000 habitants le jour[13]. En tant que métropole, Bruxelles est avant tout une ville multiculturelle, où l'on parle principalement le

---

11 Van Santen, *o.c.*, p. 31.

12 En outre, lors d'un recrutement de personnel, l'administration des communes et des C.P.A.S. doit répartir de manière équitable au moins 50% des postes d'un même degré entre les deux groupes linguistiques. Cette règle s'applique pour la désignation des fonctions inférieures au grade de directeur (rang 13). A partir du niveau de directeur, il existe une parité légale entre les deux groupes linguistiques.

13 Mols, Beaucarne, Bruyninx, Labruyère, De Myttenaere, Naeije, Watteeuw, Verset & Flamand, Early defibrillation by EMT's: the Brussels experience. In: *Resuscitation, Elsevier Science Ireland*, nr. 27, 1994, pp. 129-136.

français et, dans une moindre mesure, le néerlandais ainsi que d'autres langues. En tant que centre administratif et économique, Bruxelles exerce également une énorme force d'attraction sur les communes périphériques du Brabant flamand, où le néerlandais est la langue véhiculaire. De nombreux habitants de ces communes ne fréquentent que les institutions de soins bruxelloises, en raison du manque de services locaux, d'une meilleure mobilité des patients et d'une offre sanitaire plus diversifiée dans la capitale. Déjà en 1991, une augmentation du nombre d'hospitalisations avait été mise en évidence, dont la cause principale était le nombre accru de patients issus des régions flamande et wallonne (Taymans, 1991). Selon la conclusion de cette étude, la zone d'influence des hôpitaux bruxellois s'étend bien au-delà des 19 communes de la capitale; on peut même affirmer que leur force d'attraction est inversement proportionnelle à la distance entre le domicile du patient et la capitale et dépend de la présence ou de l'absence d'un secteur hospitalier important dans la zone d'origine[14]. Sur la base d'une estimation du nombre de Flamands bruxellois et de patients néerlandophones issus de la périphérie, Taymans a évalué le nombre de patients néerlandophones dans les hôpitaux bruxellois. Depuis, il est généralement admis qu'environ 30 pour cent des patients soignés dans les hôpitaux bruxellois sont néerlandophones.

Pourtant le français reste la langue véhiculaire dans les vingt-deux hôpitaux bruxellois, à l'exception de l'Academisch Ziekenhuis de la Vrije Universiteit Brussel (De Corte, 1993).

Ce déséquilibre entre le nombre de patients néerlandophones et le nombre de dispensateurs de soins parlant le néerlandais donne régulièrement lieu à des problèmes linguistiques, qui attirent à la fois l'attention du politique et les études scientifiques. Durant les dernières décennies, le discours politique est resté globalement inchangé. Par contre, l'attention scientifique est passée de l'approche purement politico-juridique des années soixante à une approche plus sociologique et psychologique, qui s'est particulièrement développée au milieu des années nonante.

Cependant, deux thèmes ont de tout temps focalisé l'attention: la non-application de la loi linguistique d'une part et la validité restreinte de cette loi linguistique d'autre part. Dans le paragraphe précédent, nous avons expliqué pourquoi la loi linguistique ne vise que les hôpitaux publics. Encore faut-il préciser que, dans ces hôpitaux, cette loi ne concerne que le personnel nommé: les

---

14 *Ibid.*, p. 26.

stagiaires, les remplaçants et les médecins indépendants ne sont pas soumis à un examen linguistique. Ainsi, bien que le bilinguisme soit obligatoire dans les hôpitaux publics et que 25 pour cent de la totalité des fonctions doivent être réservées à chaque groupe linguistique, le personnel soignant et paramédical est majoritairement francophone et ne parle pas le néerlandais. En ce qui concerne le corps médical, la situation est plus grave encore: seul 1 médecin sur 10 est néerlandophone et la plupart des spécialistes ne s'expriment qu'en français. Par conséquent, les contacts entre médecins et patients néerlandophones se déroulent généralement en français et les dossiers médicaux sont plus souvent rédigés dans la langue du médecin que dans celle du patient.

Ces constats ne sont cependant pas nouveaux; ils confirment dans une large mesure les résultats d'études antérieures. Une analyse descriptive du groupe d'étude 'Mens en Ruimte' datant de 1967 avait déjà mis en évidence le fait que la plupart des institutions étaient essentiellement ou exclusivement francophones (Mens en Ruimte, 1967). Le personnel néerlandophone occupait principalement les fonctions subalternes; les médecins et la direction étaient francophones. L'encouragement à parler le néerlandais émanait surtout du service social et du personnel infirmier, rarement des médecins ou de la direction. Les hôpitaux néerlandophones des communes de la périphérie faisaient nettement plus d'efforts pour enseigner le français à leur personnel. De plus, les hôpitaux bruxellois étaient non seulement confrontés à une connaissance insuffisante du néerlandais, mais également, de manière générale, à l'absence de connaissances dans d'autres langues. Cette situation engendra surtout des problèmes au sein des hôpitaux situés dans des communes à forte population d'immigrés. L'étude menée par le Vlaams Geneesheren Verbond (Association des Médecins Flamands) en 1972 renforça ces conclusions en insistant sur le problème de l'aide médicale urgente, pour laquelle il n'y a aucune liberté de choix puisque l'hôpital est imposé au patient placé en situation d'urgence (Vlaams Geneesheren Verbond, 1972).

En dépit d'un combat incessant du corps médical flamand et de certains politiciens néerlandophones, peu de mesures ont été prises, ces trente dernières années, pour remédier au manque de dispensateurs de soins néerlandophones. Hormis la fondation de l'Academisch Ziekenhuis de la Vrije Universiteit Brussel en 1977, la communauté flamande n'est pas parvenue à imposer le bilinguisme dans les autres hôpitaux bruxellois ni à rendre l'offre sanitaire bruxelloise plus accessible pour les patients néerlandophones. De plus, de

nombreux arguments ont été avancés pour justifier le fait que la plupart des médecins néerlandophones préfèrent ne pas travailler à Bruxelles. Premièrement, Bruxelles est peu attrayante pour les néerlandophones, car ils se retrouveraient dans un cadre de vie et dans un cadre professionnel essentiellement francophones et seraient confrontés à une structure hospitalière déficiente pour les dispensateurs de soins néerlandophones. Deuxièmement, contrairement à leurs collègues francophones, la section néerlandophone de l'Ordre des Médecins ne les autorise à ouvrir qu'un seul cabinet privé en dehors de l'hôpital. Troisièmement, du fait de la mauvaise situation financière de certains hôpitaux et de certains patients, ils gagnent généralement mieux leur vie en Flandre (Cockx, 2001). Quatrièmement, les patients néerlandophones ne recherchent pas systématiquement un médecin ou un spécialiste néerlandophone, loin s'en faut. Van Gysel a mis en évidence le peu d'importance que certains patients accordent à la langue et à la proximité lors du choix d'un médecin (Van Gysel, s.d.). Le manque de médecins néerlandophones est ainsi largement compensé par la pléthore de spécialistes francophones exerçant dans la région bruxelloise (Masschelein, 1999).

Finalement, une question s'impose: celle de savoir dans quelle mesure le déséquilibre entre le nombre de médecins parlant le néerlandais et le nombre de patients néerlandophones porte atteinte à la qualité de la communication entre le demandeur et le dispensateur de soins. Cette question a été posée dans le cadre de l'évaluation de la communication dans les hôpitaux bruxellois aux généralistes néerlandophones et à leurs patients.

4. Evaluation de la communication entre demandeur et dispensateur de soins dans les hôpitaux bruxellois

4.1 Perspectives théoriques

A l'étranger, les relations entre médecin et patient ont suscité l'intérêt de la recherche scientifique dès les années septante. Le rapprochement, autour de ce sujet, de théories et de méthodes issues de la sociologie, de la psychologie, de la linguistique et des sciences médicales, a fait naître une tradition de recherche interdisciplinaire, qui s'est surtout développée aux Etats-Unis et en Angleterre. Toutefois, en dépit des efforts scientifiques consentis, il n'a pas été possible de mettre en place une méthodologie commune, dans le cas particulier d'une approche interdisciplinaire de la communication entre demandeur et dispensateur de soins. Ainsi, dans la littérature anglo-saxonne, les auteurs signalent régulièrement la difficulté de se concentrer exclusivement sur les

relations entre médecin et patient. Les théories élaborées par Shuy sur la communication entre médecin et patient découlent de ses recherches sur le terrain, qui portaient sur le processus d'apprentissage des enfants handicapés et sur l'approche du processus par les soignants; selon ses propres termes, l'élaboration de théories ne constituait pas un but en soi (Shuy, 1976). Cependant, dès que l'on se concentre exclusivement sur la relation médecin-patient, on a tendance à négliger les constructions sociales, angle sous lequel la question a été abordée le plus souvent, mais au détriment de l'aspect relationnel qui nous intéresse précisément. Lorsque les chercheurs se focalisent sur le comportement et les caractéristiques du patient, l'observation du médecin et de son environnement médical ne constitue plus un objet d'étude à intégrer dans leur analyse. Dans son étude, Barber a mis en évidence le manque d'informations sur le comportement des médecins eux-mêmes, leur manière de réagir face à différentes situations, en fonction du contexte social et du passé médical du patient (Barber, 1979). Les études de Fielding & Evered sont les principales contributions qui ont permis d'élargir la problématique: en comparant le comportement médical et le diagnostic des médecins aux interactions sociales et culturelles, ils les ont assimilés à une relation de pouvoir (Fielding & Evered, 1980).

En dépit de renseignements détaillés à propos des problèmes de communication entre demandeurs et dispensateurs de soins, aucun cadre pluridisciplinaire n'a pu être dégagé de manière cohérente et conceptuelle. En outre, les psychologues et les sociolinguistes manquent souvent d'informations sur le contexte politique et historique dans lequel les relations entre médecin, hôpital et patient s'établissent (Bouchard & Giles, 1982). Et bien que la recherche sur la relation entre médecin et patient se soit également répandue dans des pays et des villes polyglottes, elle a longtemps été menée indépendamment des recherches historiques et sociologiques sur la situation linguistique. A cet égard, il est frappant de constater que les études transfrontalières portant sur la langue dans les soins et services de santé sont relativement rares (Mc Rae, 1983). Par voie de conséquence, l'absence de données sur la manière dont se déroule la communication entre demandeurs et dispensateurs de soins dans un contexte bilingue a considérablement compliqué notre recherche.

En Belgique, la problématique du bilinguisme dans les hôpitaux bruxellois a souvent été ramenée à une opposition purement communautaire entre le néerlandais et le français. Ainsi, du fait des problèmes liés à l'application des lois linguistiques, la recherche reste essentiellement une initiative flamande, et ne suscite guère de réactions auprès des autorités politiques et scientifiques

francophones. Les difficultés de communication entre les demandeurs et les dispensateurs de soins – même lorsqu'ils parlent la même langue – ont été à ce point sous-estimées qu'elles n'apparaissent quasiment jamais en tant que concept de recherche. Jusqu'à ce jour, la recherche n'a fourni que peu d'informations sur l'importance de la langue dans les modèles de choix des patients et des généralistes. Quels sont les patients qui accordent de l'importance à la langue? Dans quelle mesure et dans quelles circonstances? Comment choisissent-ils un hôpital? Quels sont les critères prépondérants et dans quelle mesure les caractéristiques socio-géographiques influencent-elles la langue utilisée par le patient lors de ses contacts avec l'hôpital? Autant de questions laissées en suspens et auxquelles notre étude a tenté d'apporter des réponses.

4.2 Présentation de l'étude

Au cours du colloque *'L'offre sanitaire néerlandophone dans la Région de Bruxelles-Capitale'* (mai 1998), quelques généralistes néerlandophones lancèrent l'idée de réaliser une étude sur la manière dont leurs collègues ainsi que leurs patients évaluent les contacts avec les hôpitaux bruxellois. Initialement, seules les plaintes devaient être enregistrées, mais on a élargi la base de données en y intégrant les expériences des patients et des généralistes lors de leurs contacts avec les institutions de soins bruxelloises, ainsi que leurs remarques à ce sujet.

L'étude empirique se compose d'une courte enquête écrite réalisée auprès d'une centaine de généralistes et de leurs patients d'une part, et d'une vingtaine d'interviews détaillées avec les généralistes participant à l'étude, d'autre part. L'enquête écrite constitue le pivot de l'étude et un échantillon de 100 généralistes a été extrait des listes de membres d'associations de médecins à Bruxelles et aux alentours, répartis entre la Région de Bruxelles-Capitale et la Périphérie. Ces généralistes ont été chargés d'interroger leurs patients à propos de leurs expériences avec les hôpitaux bruxellois à l'aide d'un formulaire d'enregistrement standard, élaboré et fourni par le chercheur du Centre d'Etudes Interdisciplinaires de Bruxelles. Un volet séparé servait également à évaluer leur propre expérience. Aux patients, il a été demandé de communiquer un certain nombre d'informations socio-géographiques, ainsi que l'hôpital qui les a pris en charge, le régime linguistique lors de leurs contacts hospitaliers, l'importance qu'ils accordent à la langue, leur évaluation des contacts et les motifs pour lesquels ils avaient choisi l'hôpital en question. Quant aux généralistes, ils devaient expliquer leurs raisons et fournir des

informations sur leurs contacts avec l'hôpital ainsi qu'avec les services avec lesquels ils communiquaient. L'expérience des généralistes avec les hôpitaux bruxellois a été approfondie au cours des interviews que le chercheur a menées durant la période qui suivit l'analyse de l'enquête. Un grand nombre de constats ont ainsi pu être formulés, commentés et replacés dans un contexte plus général.

Sur une période de six mois, on a recueilli 640 formulaires d'enregistrement portant sur les données émanant de patients, plus une cinquantaine de formulaires dans lesquels figuraient exclusivement des données portant sur la communication entre le médecin et le personnel hospitalier. Au total, 60% de tous les généralistes néerlandophones de Bruxelles et de la Périphérie ont été invités à participer à cette étude. Toutefois, la moitié d'entre eux, soit 126 généralistes, ont refusé. Lors du recrutement des médecins, une collaboratrice du Conseil bruxellois de l'Aide Sociale notait les principales raisons de non-participation à l'enregistrement. De très nombreux généralistes bruxellois ont refusé de participer à l'enregistrement parce que leur consultation accueillait trop peu de patients néerlandophones. La deuxième raison pour laquelle les médecins préféraient ne pas participer tenait au fait que leurs patients étaient rarement orientés vers des hôpitaux bruxellois. Les autres raisons de leur non-participation avaient trait à un manque de temps, à l'existence d'un lien professionnel avec un hôpital particulier, à la participation à d'autres études ainsi qu'à un désintérêt pour la problématique de cette étude.

Le recrutement géographique de généralistes néerlandophones dans toutes les communes de la Région de Bruxelles-Capitale et des alentours nous a permis de recueillir des informations sur chaque hôpital bruxellois. Par ailleurs, ce mode de recrutement a également assuré une répartition équilibrée des patients interrogés à Bruxelles et dans la Périphérie. Sur la totalité des patients (N = 612), 327 habitaient dans la Périphérie et 285 habitaient dans la Région de Bruxelles-Capitale. Le profil social des patients interrogés différenciait à la fois Bruxelles de la Périphérie et les communes bruxelloises entre elles. Lors de l'analyse de la communication entre le patient et l'hôpital, les indicateurs d'âge, de niveau d'instruction et de langue préférentielle ont été pris en compte. Les indicateurs de sexe et de profession étaient moins pertinents: plus de femmes que d'hommes ont participé à l'enregistrement (55% versus 45%) mais ceci n'a pas provoqué de différences dans l'évaluation de la communication ou dans le choix de l'hôpital. Une petite minorité de patients exerçaient une profession libérale ou occupaient une fonction de cadre supérieur (9%). La plupart des patients étaient employés ou

ouvriers (30%). 12,5% des patients n'exerçaient aucune profession. Enfin, le grand nombre de patients retraités (48,5%) s'explique par l'âge élevé: 49% des patients avaient plus de 65 ans. 22% des patients appartenaient à la catégorie des 51-65 ans et 20% à la catégorie des 31-50 ans. 9% des patients avaient moins de 30 ans. La plupart des patients avaient effectué des études d'enseignement secondaire (40,5%), 36% n'avaient suivi que l'enseignement primaire et 23,5% possédaient un diplôme d'enseignement supérieur. La plupart des patients avaient choisi le néerlandais comme langue préférentielle (76,5%). Une petite minorité avait choisi le français ou une autre langue. Il est frappant de constater qu'environ 18,5% des patients se déclarent bilingues. A Bruxelles, ce pourcentage passe à 20,5%.

4.3 Analyse des résultats

4.3.1 Le choix d'un hôpital dans la Région de Bruxelles-Capitale

D'après les réponses apportées à la question 'qui a choisi l'institution de soins?', nous avons constaté que la plupart des patients choisissent leur hôpital eux-mêmes (47,5%). Si l'on prend en considération les patients qui ont pris leur décision après avoir consulté leur généraliste et leur famille, ce pourcentage atteint 62%. Le rôle du généraliste est également important: dans 23% des cas, le généraliste décide de l'hôpital à la place du patient. Ensuite, le choix est du ressort du spécialiste (7%). 5% des cas correspondent à des urgences, et le choix revient alors à l'ambulancier. Seuls 3% des patients confient leur choix à des tiers.

Tant l'âge que le niveau d'instruction du patient semblent influencer le choix d'un hôpital. Les patients âgés de 31 à 50 ans choisissent de manière plus indépendante que les patients de moins de 30 ans. Pour ce dernier groupe d'âge, l'avis du généraliste exerce une influence prépondérante et les patients sont bien plus nombreux à arriver à l'hôpital via le service des urgences. Le spécialiste a plus d'influence chez les plus de 50 ans, et plus le patient est âgé, plus il tient compte de l'avis de tiers. Ce constat vaut également pour les patients présentant un niveau d'instruction moins élevé. Plus le niveau d'instruction est élevé, plus le patient choisit son hôpital de manière indépendante. Les patients possédant un niveau d'instruction moins élevé préfèrent suivre l'avis des spécialistes ou de tiers.

Par ailleurs, les raisons qui influencent le choix d'un hôpital en particulier varient en fonction de l'âge et du niveau d'instruction. 28% des patients ont choisi l'hôpital pour sa localisation, 17,5% pour sa réputation et 13,5%

donnent la priorité à la qualité des soins. 8% des patients tiennent compte, avant tout, de la langue de l'hôpital et pour 3% seulement, le coût des soins est le critère prépondérant. Les patients âgés accordent davantage d'importance à leurs contacts antérieurs avec l'hôpital. Les patients appartenant à la population active (âgés de 31 à 50 ans) se laissent surtout guider par la réputation de l'hôpital, du service ou du spécialiste. Chez les patients âgés de plus de 65 ans, la confiance dans l'institution et dans le spécialiste est le critère prépondérant. Si la situation de l'hôpital constitue un critère important pour toutes les catégories d'âge, elle occupe la première place pour les patients âgés de 51 à 65 ans. Il est frappant de constater que les personnes qui détiennent un niveau d'instruction supérieur accordent plus d'importance à la localisation de l'hôpital et à sa réputation.

Tableau 1: les motifs du choix de l'hôpital par rapport à l'âge du patient

	< 30 ans	31-50	51-65	> 65 ans	Total
les contacts antérieurs	**34,5**	24	30,5	31	30
la réputation de l'hôpital	15,5	**28,5**	21,5	15	19
la qualité des services	15,5	15	13,5	14,5	14,5
l'accessibilité de l'hôpital	**28**	19,5	**29,5**	26,5	26
l'aspect financier	3	3		4,5	3
la langue véhiculaire de l'hôpital	3	**10,5**	5,5	**8**	**7,5**
Total	*100 (N = 32)*	*100 (N = 67)*	*100 (N = 75)*	*100 (N = 172)*	*100 (N = 341)*

Tableau 1 (bis): les motifs du choix de l'hôpital par rapport au dégré d'enseignement du patient

	études primaires	études secondaires	études supérieures	Total
les contacts antérieurs	**38,5**	23	28,5	**30**
la réputation de l'hôpital	16	18,5	**25**	19
la qualité des services	12,5	**19,5**	8,5	14,5
l'accessibilité de l'hôpital	24	26	**28,5**	26
l'aspect financier	4	4	1	3
la langue véhiculaire de l'hôpital	**5**	**9**	**8,5**	**7,5**
Total	*100 (N = 120)*	*100 (N = 134)*	*100 (N = 84)*	*100 (N = 338)*

4.3.2 L'importance de la langue dans le choix d'un hôpital et l'évaluation de la communication entre patient et dispensateur de soins

A la question de savoir si le patient accordait beaucoup ou peu d'importance à l'utilisation de sa langue préférentielle, la plupart des patients ont répondu 'beaucoup' à 'énormément' (au total 70%). Les patients bruxellois, les patients moins instruits et les jeunes patients accordent plus d'importance à l'utilisation de leur langue préférentielle que les patients de la Périphérie, les patients diplômés du niveau supérieur et les patients âgés (*cf.* Tableau 2).

Tableau 2: le profil du patient et l'intérêt qu'il porte vis-à-vis de l'emploi de sa langue véhiculaire par le personnel hospitalier

	énormément	beaucoup	plus ou moins	peu	aucun	Total
Domicile						
périphérie	33.6	34.5	19.4	9.3	3.2	100 (N = 345)
Bruxelles-capitale	*37*	*34.9*	15.8	8.8	3.5	100 (N = 284)
Degré d'enseignement						
primaires	*36.8*	*30.9*	19.5	8.6	4.1	100 (N = 220)
secondaires	*34.7*	*39.5*	14.1	10.1	1.6	100 (N = 248)
enseignement supérieur	34.5	30.3	22.8	7.6	4.8	100 (N = 145)
Age						
< 30 ans	*33.3*	*45.6*	10.5	8.8	1.8	100 (N = 57)
30-50	30.4	38.4	18.4	9.6	3.2	100 (N = 125)
50-65	*41.4*	*30*	17.9	7.9	2.9	100 (N = 140)
>65 ans	35.1	33.2	18.5	9.3	3.8	100 (N = 313)

Le rapport perceptible entre l'importance de la langue et le contexte socio-démographique du patient a été étudié en détail au cours des interviews avec les généralistes. Selon les généralistes interviewés, ce sont surtout les patients âgés qui sous-estiment l'importance de la langue dans le choix d'un hôpital ou d'un spécialiste. Ce n'est que lorsque certaines difficultés surviennent qu'ils prennent conscience de l'importance de la langue pour communiquer avec les dispensateurs de soins. Le lien significatif entre la variable de l'âge et l'opinion des patients sur la qualité de l'accueil et de l'accompagnement a également été corroboré par d'autres études. Dans leur étude portant sur *'la qualité de l'accueil et de l'accompagnement dans les hôpitaux bi-communautaires de la Région de Bruxelles-Capitale'*, Laurent & Prims avaient constaté que les jeunes patients étaient plus critiques et que les

patients de plus de 65 ans semblaient très satisfaits de leurs contacts hospitaliers (Laurent & Prims, 1992).

Par ailleurs, les généralistes de la périphérie bruxelloise sont, dans l'ensemble, plus sensibles à la langue de l'hôpital et en parlent à leurs patients avant de les orienter vers les hôpitaux bruxellois, et vers des institutions de soins universitaires francophones en particulier. Ceci explique en partie pourquoi dans notre enquête les patients de la périphérie, qui avaient malgré tout choisi un hôpital bruxellois, attachaient moins d'importance à l'utilisation du néerlandais.

Autre constat paradoxal: ce sont surtout les patients âgés, les patients ne possédant qu'un diplôme d'enseignement secondaire et les patients bruxellois qui attachent beaucoup d'importance à l'utilisation de leur langue maternelle, mais qui passent plus facilement au français que les patients jeunes, les patients ayant un niveau d'instruction plus élevé et les patients de la périphérie.

Ainsi, seulement 71,5% des patients néerlandophones bruxellois qui accordent une grande importance à l'utilisation de leur langue maternelle ont parlé néerlandais lors du premier contact avec le médecin spécialiste. Ce pourcentage diminue encore lorsque le patient néerlandophone n'a pas de préférence marquée pour l'emploi de sa langue maternelle. Ici aussi, les patients bruxellois, les patients ayant un niveau d'instruction moins élevé et les patients plus âgés passent plus rapidement au français. Les généralistes expliquent ce phénomène par une plus grande dépendance vis-à-vis de l'offre sanitaire, par le manque d'attention que ces patient prêtent à l'importance d'une bonne communication dans leurs langue maternelle et par une plus grande adaptation à un environnement hospitalier francophone. Un généraliste a formulé ceci comme suit:

> Plus le niveau d'instruction est élevé, plus le patient formule clairement ses attentes et ses exigences, alors que les personnes dont le niveau d'instruction est moins élevé ont justement plus besoin d'avoir un bon contact dans leur propre langue. Ces patients sont la plupart du temps tellement démunis par rapport à l'ensemble des services de soins qu'ils ne seront pas du tout capables de s'imposer dans ce domaine[15].

---

15 La recherche qualitative a été traitée dans un document séparé: préparation, liste des généralistes sélectionnés ainsi que justification de la sélection, correspondance et textes des interviews: Verkouter, *De interviews: voorbereiding en follow-up*. Onuitgegeven werkdocument, Brussel, 2000.

Cette regrettable contradiction a attiré, depuis les années septante, tant l'attention des psychologues que celle des sociolinguistes. Pour justifier ce comportement du patient démuni dans sa relation vis-à-vis de l'infrastructure de soins en général et vis-à-vis du médecin en particulier, les sociolinguistes ont distingué les *'attitudes'* du *'behaviour'* et des *'beliefs'* (Baetens Baerdsmore, 1991). Ainsi, un patient peut attacher beaucoup d'importance à l'utilisation de sa langue – dans ce cas, le néerlandais – et passer malgré tout automatiquement au français, en raison de ce qui est attendu de lui ou de son sentiment personnel qu'il sera ainsi mieux soigné, étant donné que la majorité des médecins et des membres du personnel soignant parlent le français. Dans cette perspective, non seulement il adaptera son régime linguistique, mais il donnera, de par son attitude, l'impression qu'il n'y a aucun problème de 'communication'. L'absence d'une appartenance linguistique clairement revendiquée – 18,5% des patients interrogés n'ont exprimé aucune préférence pour le français ou pour le néerlandais – et la transition facile et rapide de beaucoup de patients néerlandais vers le français, compliquent bien souvent la communication avec le personnel hospitalier. Heller a déjà soulevé les difficultés de communication qui survenaient dans les environnements hospitaliers canadiens lorsque les patients et les dispensateurs de soins ne parlent pas la même langue, ainsi que les problèmes liés au *codeswitching* chez les patients bilingues qui alternent l'anglais et le français lors de leurs entretiens avec le personnel hospitalier (Heller, 1982). Des situations analogues se présentent régulièrement dans les hôpitaux bruxellois. Un généraliste bruxellois a relevé un lien entre le *codeswitching* et le profil social du patient:

> Une grande différence entre jeunes patients et les patients plus âgés, est que ces derniers passent très facilement d'une langue à l'autre, et ceci est également vrai pour un certain nombre de patients francophones, qui tentent encore assez facilement de s'exprimer en néerlandais lorsque c'est possible. C'est beaucoup moins le cas chez les jeunes; la connaissance active du français chez les néerlandophones a également nettement diminué[16].

Pour toutes ces raisons, un certain nombre d'hôpitaux bruxellois sont délibérément écartés des choix et la plupart des généralistes néerlandophones ont construit un réseau de médecins spécialistes et de services hospitaliers auxquels leurs patients néerlandophones peuvent s'adresser dans leur langue maternelle. Un généraliste néerlandophone exerçant à Bruxelles ou dans la Périphérie est avant tout un généraliste organisé: il ne collabore

---

16 Verkouter, *De interviews: voorbereiding en follow-up*. Losse nota's.

qu'avec un certain nombre d'hôpitaux et de services avec lesquels il entretient de bons contacts personnels et évite, dans la mesure du possible, les mauvaises expériences, en ne collaborant pas avec certaines personnes, certains services et certaines institutions; d'une part en raison de la langue, d'autre part en raison de la qualité des soins, de la rapidité de traitement, de la distance, du coût et de la mentalité de certains spécialistes et chefs de service. Ainsi, la majorité des généralistes néerlandophones de Bruxelles et de la Périphérie disposent pour chaque pathologie d'au moins un spécialiste et un service attitrés, avec lesquels ils entretiennent de bons contacts, en néerlandais le plus souvent, mais quelquefois aussi en français. Certains généralistes ne veulent travailler qu'avec des spécialistes néerlandophones, d'autres, par contre, prennent d'abord en considération la qualité et la compétence du médecin, la langue n'intervenant qu'en second lieu. Les généralistes néerlandophones de la périphérie tiennent davantage compte de la langue véhiculaire de l'hôpital et du personnel que leurs collègues bruxellois, évitant ainsi les situations pénibles où le demandeur et le dispensateur de soins ne se comprennent pas.

4.3.3 La communication dans les services d'urgences de la Région de Bruxelles-Capitale

Nous avons constaté que la qualité de la communication décroît à mesure que le patient perd le contrôle du processus de choix. Lors d'une hospitalisation d'urgence, le choix se limite souvent à l'hôpital le plus proche où le médecin et le personnel de garde doivent tirer le patient d'embarras. En Belgique, dès qu'une personne compose le numéro de téléphone '100', elle est directement connectée avec la centrale des sapeurs-pompiers, qui centralise les appels et recherche le moyen le plus approprié pour aider les personnes en péril. La Région de Bruxelles-Capitale est équipée d'une vingtaine d'ambulances, postées en stand-by à la centrale ou dans l'un de ses huit avant-postes. Au total, on a le choix entre 17 services d'urgences spécialisés[17]. Cinq services disposent en outre d'un Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR)[18].

---

17 Les hôpitaux suivants ne disposent pas d'un service d'urgence spécialisé: la clinique Saint-Michel, la clinique Parc Leopold, l'hôpital César De Paepe, le centre hospitalier Baron Lambert et la nouvelle clinique de la Basilique

18 Les cinq hôpitaux suivants disposent d'un service mobile d'urgence et de réanimation: l'AZ-VUB, l'hôpital Erasme, les cliniques universitaires Saint-Luc, l'hôpital universitaire Saint-Pierre et la clinique générale Sainte-Elisabeth.

Durant la période d'enregistrement, 73 des patients interrogés ont été en contact avec les services d'urgences bruxellois. La plupart d'entre eux ont été directement soignés dans ces services (67%). En deuxième position venait le service de chirurgie cardio-vasculaire (8%) suivi du service d'orthopédie-traumatologie (5,5%). L'orientation des patients vers les services spécialisés s'opère le plus souvent à l'initiative des ambulanciers, donc de manière rapide et interne. Dans 44% des cas, le choix de l'hôpital a été effectué par la centrale des sapeurs-pompiers. Dans 28% des cas, les patients ont choisi eux-mêmes l'hôpital et dans 10% des cas, le généraliste a décidé de l'hospitalisation. 8,5% des patients ont choisi l'hôpital en accord avec leur généraliste.

Nous avons été frappés de constater qu'environ 57% des patients se déclarent mécontents de la communication avec les services d'urgence. Ce mécontentement passe à 62,5% si le choix de l'hôpital est fait par le service '100' ou par les ambulanciers.

Tableau 3: évaluation de la communication au service des urgences suivant la personne qui a fait le choix de l'hôpital

	Très bien	bien	passable	pas bien	mauvais	Total
Patient	*23.3*	*30*	*10*	*20*	*16.7*	100 (N = 30)
Généraliste	*50*	*25*	*12.5*		*12.5*	100 (N = 8)
Membre de la famille		*100*				100 (N = 1)
Service des urgences	*6.4*	*15.6*	*15.6*	*34.4*	*28*	100 (N = 32)
Autres	*100*					100 (N = 1)
Moyenne	*19.4*	*23.6*	*12,6*	*23,6*	*20,8*	*100 (N = 72)*

D'après les patients, le problème de la communication dans les services d'urgences tient surtout au caractère francophone du service, au manque d'explications de la part des médecins de garde et du personnel infirmier, aux longs délais d'attente, etc.

Les généralistes néerlandophones ont partiellement nuancé ces critiques, bien qu'ils aient également une idée claire de la manière dont un service d'urgences devrait fonctionner. Quelques-unes de leurs remarques ont retenu notre attention.

Premièrement, le fonctionnement du service d'urgences dépend largement des personnes de garde (accueil, infirmier/ière et médecin/spécialiste), de leur compétence en matière de communication et de leur connaissance d'une seconde ou troisième langue. Or, c'est précisément dans les services d'urgences que le problème des stagiaires et des médecins étrangers se pose avec le plus de gravité. Une autre discrimination existe entre les services,

selon qu'ils disposent ou non de médecins et de spécialistes qui passent la nuit à l'hôpital. Deuxièmement, les soins de première ligne sont trop souvent négligés: de nombreux problèmes pourraient être évités si l'on faisait intervenir le médecin traitant ou un généraliste au préalable[19]. Plus que dans toute autre ville, on recourt abusivement aux services d'urgences dans la capitale: d'une part, parce que le patient n'a pas de médecin traitant et, d'autre part, parce que le seuil financier pour accéder à un service d'urgences est particulièrement bas. De plus, l'attitude et la mentalité des patients 'pressés' causent souvent des problèmes supplémentaires de communication. Troisièmement, le problème linguistique s'inscrit dans la problématique plus large du manque de communication au sein des services d'urgences. Tous les généralistes restent convaincus que tout service d'urgences, quel que soit le statut de l'hôpital en question, devrait être bilingue. Cela suppose que le personnel infirmier et les médecins de garde puissent au moins comprendre et parler le néerlandais et le français. Les plaintes des patients et des généralistes portaient principalement sur les services d'urgences des deux hôpitaux universitaires francophones de la Région de Bruxelles-Capitale. Les réactions des généralistes néerlandophones de la périphérie étaient nettement plus vives que celles de leurs collègues bruxellois et souvent accompagnées d'anecdotes personnelles ou recueillies auprès de leurs patients. Au cours des entretiens que j'ai eus directement avec quelques chefs de service, le personnel des services d'urgences a surtout épinglé l'arrogance de certains patients et généralistes, le fait que certains patients sont toujours pressés, l'inaccessibilité des généralistes le soir et durant le week-end, l'absence de discernement entre ce qui est urgent et ce qui ne l'est pas, etc. Tous ces facteurs influencent directement la charge de travail et l'interaction entre le patient, le généraliste et le personnel de garde. Par ailleurs, la charge accrue de travail, les horaires et l'absence de primes linguistiques dans les hôpitaux universitaires encouragent rarement le bilinguisme d'un service. Enfin, le personnel de l'hôpital Erasme a également signalé les conséquences du *code-switching* dans ses contacts avec les patients (néerlandophones):

> la plupart des patients parlent automatiquement français à l'accueil, avec les médecins et le personnel infirmier. Ce n'est que lorsque des difficultés surviennent, lorsqu'ils ont besoin de leur

---

19 Renier & Vossen, *Medi-100. Een project voor de inschakeling van de huisarts in de dringende medische hulpverlening in Brussel.* Studierapport 1994, december 1994, 99p + bijlagen en Renier & Vossen, *Medi-100. Een project voor de inschakeling van de huisarts in de dringende medische hulpverlening in Brussel.* Evaluatierapport, september 1993, 209 p.

dossier patient ou lorsque leur généraliste néerlandophone demande leur lettre de sortie qu'ils s'expriment dans leur langue maternelle[20].

5. Conclusions et discussion

Le droit fondamental du patient à des soins de qualité repose sur un contact positif entre le dispensateur et le demandeur de soins et requiert une communication parfaite entre les interlocuteurs, condition qui est également indispensable pour établir une anamnèse correcte. Un véritable dialogue ne peut s'instaurer que si les intervenants partagent une même langue: il faut s'entendre pour se comprendre.

Les difficultés de communication et les problèmes linguistiques s'entremêlent donc de manière indissociable et influencent en fin de compte la qualité des soins. Le projet d'étude *'La qualité de la communication au niveau des contacts des patients et des généralistes avec les institutions de soins bruxelloises'* propose l'instantané d'une réalité délimitée, et il est clair que d'autres recherches sur des aspects complémentaires de cette problématique seront nécessaires. Il va de soi que les théories existantes qui portent sur la communication entre médecin et patient devront être confrontées à la réalité bruxelloise et que les études disponibles sur les modèles étrangers en matière de situation linguistique dans les hôpitaux suisses, scandinaves et canadiens pourront nous servir de référence. Néanmoins, cette étude nous a fourni une foule d'informations intéressantes sur les attitudes et les comportements des généralistes néerlandophones et de leurs patients, ainsi que sur leurs expériences avec les hôpitaux bruxellois. De plus, les résultats de l'étude ont servi de base aux discussions que les généralistes néerlandophones de Bruxelles ont menées avec les pouvoirs bruxellois sur la question du bilinguisme dans les services d'urgence de Bruxelles-capitale. Ainsi, une première étape vers un meilleur bilinguisme des services bruxellois d'hospitalisation d'urgence s'est concrétisée le 22 septembre 2000, lorsque le gouvernement flamand a décidé, à l'occasion de la Conférence Interministérielle sur la Santé Publique, de mettre sur le tapis la question de la mauvaise connaissance du néerlandais dans les hôpitaux bruxellois, les ambulances médicalisées et les Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation (SMUR).

---

20 M. Verkouter s'est entretenue avec Monsieur Rommes, chef infirmier du service des urgences à l'hôpital universitaire Erasme le 20 avril 2000 et avec le Prof. Dr. J.-P. Mols, directeur du service des urgences à l'hôpital Saint-Pierre, le 2 mai 2000.

En guise de conclusion, nous reprendrons quelques constats relatifs à la question du bilinguisme en général. Tout d'abord, au niveau des pouvoirs politiques, la structure de l'offre sanitaire à Bruxelles est telle qu'elle impose un consensus entre les pouvoirs flamands et francophones. Sans ce consensus, aucune mesure ne peut être prise pour imposer le bilinguisme dans les hôpitaux en général et dans les services d'urgence des hôpitaux universitaires francophones en particulier. Or, jusqu'à ce jour, les pouvoirs francophones n'ont pas cherché à résoudre les problèmes linguistiques qui se posent dans les hôpitaux bruxellois ni à favoriser l'apprentissage du néerlandais par le personnel infirmier et les étudiants en médecine. L'absence d'études sur le bilinguisme du côté des universités francophones témoigne de ce désintérêt manifeste.

Sur le plan juridique, l'application de la loi linguistique n'a guère pallié le manque de volonté politique. Premièrement, la loi ne s'applique que dans les hôpitaux publics. Ainsi, les nombreuses plaintes à l'encontre des hôpitaux universitaires francophones restent sans suite. Deuxièmement, la loi ne concerne que le personnel nommé. Etant donné que les hôpitaux travaillent en général avec des contractuels, des stagiaires, des médecins indépendants et beaucoup de remplaçants, une grande partie du personnel échappe aux examens linguistiques. Troisièmement, le contrôle linguistique reste avant tout du ressort politique, puisque c'est la Commission Communautaire Commune qui est chargée de l'organisation du contrôle et qui peut annuler toute décision qui va à l'encontre de la loi linguistique. Le Conseil d'Etat n'intervient que rarement en matière d'application des lois linguistiques.

La modération juridique et le manque de volonté politique ont poussé les généralistes néerlandophones à s'organiser, à se construire des réseaux de contacts préférentiels et ont induit, chez leurs patients, un comportement particulier face aux problèmes linguistiques rencontrés dans les hôpitaux bruxellois. Ainsi, les médecins néerlandophones de Bruxelles et de la Périphérie bruxelloise évitent délibérément certains hôpitaux bruxellois. Dans notre étude, le fait que les médecins n'ont pas pris de risques dans leurs choix hospitaliers a considérablement augmenté le pourcentage de patients satisfaits. Par ailleurs, les généralistes de la Périphérie sont encore plus vigilants: ils choisissent un hôpital particulier de manière beaucoup plus délibérée, excluent plus systématiquement certaines institutions, en raison de mauvaises expériences, et se déclarent en règle générale plus satisfaits de la communication. En outre, les problèmes au niveau des services d'urgences ont accentué l'importance du rôle du généraliste en tant qu'intermédiaire entre le

patient et le personnel hospitalier. Tout ceci nous amène vers un constat majeur: le rôle déterminant de la langue dans l'évaluation de la communication. En dépit de données limitées, nous avons pu établir une typologie des patients et définir le type de patient qui accorde ou non de l'importance à la langue lors du choix d'un hôpital. Nous avons constaté que les patients qui attachent beaucoup d'importance à l'utilisation du néerlandais choisissent délibérément des hôpitaux néerlandophones ou bilingues. A Bruxelles, de nombreux patients âgés ou n'ayant pas dépassé le niveau d'enseignement inférieur passent plus facilement au français. Pour autant qu'ils soient bien soignés et accueillis avec gentillesse, la langue ne joue qu'un rôle secondaire. Or, il a été démontré par les généralistes néerlandophones, ainsi que par des études antérieures, que ce sont précisément les patients ayant le plus besoin d'un accueil dans leur propre langue (en raison d'une méconnaissance de la seconde langue et d'un vocabulaire médical très limité) qui parlent le plus volontiers la langue de leur interlocuteur. Si ce *code-switching* complique la relation et la communication entre demandeurs et dispensateurs de soins, il va aussi à l'encontre de l'argumentation des Flamands dans leur lutte pour un meilleur bilinguisme dans l'offre sanitaire bruxelloise.

BIBLIOGRAPHIE

Baetens Beardsmore, H. (1991). Code-switching in a heterogeneous, unstable, multilingual speech community. In *Network on Code-switching and Language Contact – Papers for the Symposium on Code-switching in Bilingual Studies: theory, significance and perspectives*. (pp. 405-436). Strasbourg: European Science Foundation.

Barber, B. (1979). Communication between doctor and patient: what compliance research show. In J.E. Alatis, & G.R. Tucker (ed.), *Language in public life*. (pp. 119-125). Washington: Georgetown University Press.

Bouchard, R., & Giles, H. (1982). *Attitudes towards language variation. Social and applied context*. London: Edward Arnold.

Circourel, A.V. (1985). Doctor-patient discourse. In T.A. Van Dijck (Ed.), *Handbook of discourse analysis vol III. Discourse and Dialogue*. (pp. 193-202). London: Academic Press.

Cockx, S. (2000). *Pro Medicis Brussel. Project ter bevordering van het tweetalig zorgaanbod in het Brussels hoofdstedelijk gewest*. Stand van zaken op 1 november 2000. Manuscrit non publié, Brusselse Huisartsen vzw.

De Corte, H. (1993). *Nederlands-Frans taalprobleem in de ziekenhuizen van Brussel*. Manuscrit non publié, Overlegplatform Vlaamse Gezondheidszorg.

Fielding, G., & Evered, C. (1980). The influence of patients' speech upon doctors: the diagnostic interview. In R.N. St. Clair, & H. Giles (ed.), *The social and psychological contexts of language* (pp. 51-72). Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.

Heller, M.S. (1982). Negotiations of language choice in Montreal. In J.J. Gumperz, *Language and social identity*. (pp. 108-118). London: Cambridge University Press.

Laurent, A., & Prims, A. (1992). *Onderzoek naar de kwaliteit van het onthaal en de begeleiding van de gebruikers uit verschillende gemeenschappen in de bicommunautaire algemene ziekenhuizen van het Brussels Gewest*. Manuscrit non publié, Université Libre de Bruxelles – Katholieke Universiteit Leuven.

Mc Rae, K. (1983). *Conflict and Compromise in Multilingual Societies*. (Vol. 1. Switzerland, Vol. 2. Belgium et Vol. 3. Finland). Waterloo: Wilfrid Laurier University Press.

Masschelein, R. (1998). Het bestaande zorgaanbod. In *Het Nederlandstalig zorgaanbod in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Verslag Colloquim*. (pp. 11-18). Manuscrit non publié, Katholieke Universiteit Brussel – Vlaams Komitee Brussel.

Mens en Ruimte. (1967). *Taaltoestand in de Brusselse ziekenhuizen*. Manuscrit non publié, Vlaams Aktiekomitee voor Volksgezondheid.

Shuy, R.W. (1976). The medical interview. Problems in communication. *Primary Care, 3*, 365-386.

Taymans, M. (1991). *Invloedszone van de Brusselse ziekenhuizen*. (Dossier BRES N° 1). Brussel: Irisuitgaven.

Van Gijsel, J.-P. (s.d.). *De aanwezigheid van de artsen in Brussel*. Manuscrit non publié, College van de Vlaamse Gemeenschapscommissie.

Vlaams Geneesheren Verbond. (1972). *Taaltoestanden in de geneeskundige sektor te Brussel*. Manuscrit non publié, Vlaams Aktiekomitee voor Volksgezondheid.

Discours médical et jeunes hommes homosexuels: présentation d'une recherche en cours

Pascal SINGY, Pierre COCHAND, Gilles DENNLER & Orest WEBER
Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Service de Psychiatrie de Liaison,
CH-1011 Lausanne CHUV

In der Westschweiz wie anderswo stösst eine grosse Zahl junger Männer, die ihre Homosexualität entdecken, auch heute noch auf erhebliche psychosoziale Schwierigkeiten. Im Umfeld dieser Bevölkerungsgruppe finden sich oft Behandelnde des Gesundheitswesens (Schul- und HausärztInnen, SchulpsychologInnen, usw.) die u. a. angesichts ihrer Schweigepflicht geeignet scheinen den Betroffenen tatkräftige Hilfe zu leisten. Ob sich die jungen Homoexuellen mit ihren Problemen an das Gesundheitssystem wenden, dürfte allerdings weitgehend durch das Bild bedingt sein, das sie sich von den Behandelnden machen. Eine entscheindende Rolle kommt in diesem Zusammenhang sicher auch der Fähigkeit zu, die sie sich und den Behandelnden zutrauen, sich befriedigend miteinander zu verständigen. Die Soziolinguistik veranlasst indessen zur Annahme, dass z. B. die sexuelle Ausrichtung und das Alter von den homosexuellen Jugendlichen als soziale Distanzen wahrgenommen werden, die sie von den Behandelnden trennen und von welchen sie vermuten, dass sich sich auf die Qualität der Kommunikation niederschlagen könnten. Eine Studie in der französischsprachigen Schweiz hat sich die Erforschung der Wahrnemung des Gesundheitssystems durch die jungen homosexuellen Männer zum Ziel gesetzt.

Aux Etats-Unis, comme en France, des études ont montré qu'un grand nombre d'adolescents des deux sexes qui découvrent leur orientation homosexuelle connaissent des difficultés psychosociales généralement plus importantes que celles de leurs pairs hétérosexuels (De Monteflores & Schultz, 1978; Remafedi, Farrow & Deisher, 1991; Schilz, 1997). Il est légitime de penser que la situation des jeunes concernés par la question homosexuelle en Suisse romande ne diffère pas considérablement de celle de leurs homologues français ou américains. En attestent, par exemple, leurs taux particulièrement élevés de tentatives de suicide. S'agissant des garçons, on constate, de plus, une très inquiétante fréquence de comportements à risque en matière du virus d'immunodéficience humaine (VIH) (Cochand & Singy, 2001), raison justifiant la recherche recensée dans ces pages[1].

Présents dans l'entourage des jeunes homosexuels – en tant que médecin de famille ou infirmière scolaire par exemple –, les prestataires de soins, en charge de la santé physique et psychique de la population, sont liés par le

1 Nous ne nions bien entendu pas les difficultés que rencontrent les filles homosexuelles du même âge, difficultés qui mériteraient également une investigation plus approfondie.

© 2001 Institut de linguistique
Université de Neuchâtel

secret médical. De ce fait, ils devraient selon toute hypothèse constituer des interlocuteurs privilégiés pour cette population aux prises avec le développement d'une identité dont on peut supposer qu'elle est stigmatisée au sein de l'entourage familial et social.

La probabilité d'une prise en charge effective dépend cependant de la qualité de la relation entre le soignant et le jeune homosexuel. De nombreuses recherches ont montré à cet égard qu'en pénétrant l'univers médical, l'individu entre dans un champ (Bourdieu, 1980) aux positions inégales (Massé, 1995). Cette inégalité des positions résulte du jeu de toute une série de distances sociales (Trudgill, 1982) séparant le soignant du patient, distances en règle générale à l'avantage du premier. Le jeune homosexuel peut percevoir son orientation sexuelle et son âge comme des distances entre lui-même et le prestataire de santé. On admettra aussi que la communication verbale, constitutive de la relation soignant/soigné, ne se déroule pas dans un vide social et qu'elle est tributaire de telles distances. De nombreuses recherches scientifiques montrent en effet que les langues n'existent pas, sinon sous la forme de variétés régionales et sociales dont la répartition est par exemple fonction de l'âge, de la situation socio-économique ou encore du genre des locuteurs (Martinet, 1945; Labov, 1976). Les distances sociales évoquées plus haut sont alors susceptibles d'être ressenties par le jeune homosexuel, pour ne parler que de lui, comme des facteurs limitant la communication, et partant, comme un obstacle à la qualité de la relation.

La présente contribution a un double objet. Le premier consiste à appréhender, sur la base de la recherche existante, les difficultés psychosociales des jeunes homosexuels, ainsi que leur situation face au système de soins. Au vu de la carence existante au plan de l'étude sociolinguistique de cette situation, une réflexion sur un cadre théorique adéquat pour une telle investigation s'imposera. Le second objet tient dans la présentation succincte d'une recherche pluridisciplinaire actuellement en cours, visant à saisir la perception du système de soins par les jeunes homosexuels de Suisse romande en accordant une attention particulière aux dimensions langagière et relationnelle.

Les difficultés psychosociales des homosexuels à l'adolescence

La recherche dans le domaine des jeunes homosexuels a connu un essor important en Amérique du Nord depuis la fin des années 80 et en Europe depuis les années 90. Auparavant, des études s'étaient déjà attachées aux

thèmes de l'homosexualité et de la bisexualité, mais encore peu au domaine spécifique des jeunes.

Le coming out, notion centrale de la recherche consacrée aux jeunes homosexuels, est conçue par De Monteflores & Schultz (1978) comme étant le processus développemental à travers lequel les homosexuels[2] reconnaissent leur préférence sexuelle et choisissent d'intégrer cette connaissance dans leur vie personnelle et sociale. Rotheram-Borus Fernandez (1995) constatent que le coming out est un processus difficile et stressant qui affecte les jeunes de manière significative. La gestion des facteurs de stress internes et externes qui y sont liés nécessite de fortes ressources personnelles et des stratégies de développement et de maintien de l'estime de soi. De nombreuses études, citées par les mêmes auteurs, mettent en lumière d'importants signes de détresse parmi les jeunes homosexuels, notamment une consommation d'alcool et de drogues anormalement élevée, ainsi qu'une prévalence de tentatives de suicide de l'ordre de 20% à 39%.

Remafedi, Farrow & Deisher (1991) se sont focalisés sur les causes supposées des tentatives de suicide de certains jeunes homosexuels. Celles-ci ont le plus souvent lieu chez des adolescents qui présentent une détresse psychologique, à un moment où ils n'ont pas révélé leur homosexualité à leur entourage, ou après avoir affronté un rejet en raison de celle-ci (Schneider & Farberow, 1989).

Schiltz (1997) remarque qu'à la contrainte habituelle de passer à l'âge adulte, s'ajoute pour les jeunes homosexuels celle de composer avec une orientation sexuelle minoritaire, et ceci dans un contexte épidémiologique où la prévalence du VIH reste très forte. Au milieu des années 90, et ceci malgré les efforts préventifs, entre 24% et 47% des jeunes homosexuels interrogés par diverses études occidentales reconnaissaient avoir eu des rapports sexuels récents non protégés (De Wit, 1996). Il semble en outre que les pratiques sexuelles non protégées soient aujourd'hui en expansion, phénomène peut-être partiellement en lien avec l'apparition des trithérapies (Lert, 2000).

Le risque de contamination par le VIH semble avoir un lien avec la problématique particulière du coming out. Chez les jeunes homosexuels, les pratiques à risques sont notamment associées avec des difficultés de communication et

---

2 Cette notion de coming out s'applique aussi bien aux garçons qu'aux filles.

de négociation (Hays, Kegeles & Coates, 1990; Gold & Skinner, 1992). Jalbert (1998), dans une étude sur les jeunes homosexuels de Montréal, décrit le début de l'exploration de la sexualité comme une période de vulnérabilité importante vis-à-vis du risque de contamination par le VIH. En Suisse, l'étude la plus conséquente en matière d'homosexualité fait également état d'un risque élevé d'exposition à des pratiques non protégées dans la période de découverte de l'homosexualité à l'adolescence (Moreau-Gruet & Dubois-Arber, 1995).

L'amélioration de la gestion du risque en matière de VIH/sida chez les jeunes homosexuels semble donc passer par une réduction des niveaux d'angoisse, de dépression, ainsi que par une augmentation de l'estime de soi. L'évaluation d'un programme d'intervention destiné à la réduction des pratiques sexuelles à risque chez les jeunes homosexuels montre le succès d'une approche qui inclut le soutien d'une identité positive en tant qu'homosexuel (Rotheram-Borus *et al.*, 1995). Pour ces auteurs, une grande attention doit être portée à l'intervention psychosociale destinée aux jeunes homosexuels, dans un contexte où le développement de stratégies d'adaptation et d'accommodation est indispensable.

Une étude récente menée en Suisse romande (Cochand & Singy, 2001) a mis en évidence que près du quart des jeunes homosexuels interrogés disent avoir fait une tentative de suicide, que 10% de l'échantillon semble vivre avec difficulté son identité homosexuelle et que 17% a eu des pratiques à risque en matière de VIH. Par ailleurs, cette étude a révélé que les parents, dont on pourrait penser qu'ils sont le premier soutien de l'adolescent, sont en fait plutôt perçus comme les moins compréhensifs face à l'homosexualité de leurs enfants. Pour leur part, les professionnels de la santé sont perçus comme occupant une place intermédiaire entre celle de la famille et celle des amis hétérosexuels ou collègues de travail, ressentis comme étant les plus compréhensifs.

Le système de soins: un appui possible?

Au vu de l'ensemble des problèmes psychosociaux exposés à l'instant, on est fondé à penser que les jeunes homosexuels qui ne peuvent compter sur la compréhension de leur entourage familial, s'adressent entre autres au système de soins pour y trouver conseils et soutien. A ce propos, le rôle des prestataires de santé auprès des homosexuels a été étudié par Perrin (1998) qui met en évidence la fréquence du malaise des soignants face à leurs

jeunes patients homosexuels. En Suisse, l'étude de Moreau-Gruet & Dubois-Arber (1995) montre par ailleurs que les médecins sont moins au courant de l'orientation sexuelle de leurs jeunes patients homosexuels que de celle de leurs patients homosexuels de plus de 25 ans (42% contre 67%).

Le recours à un soignant, central dans une perspective de prévention VIH/sida et suicide, suppose que l'adolescent en quête d'aide ait une représentation du monde médical qui le laisse penser qu'il y trouvera l'aide recherchée. Cela implique premièrement que le jeune ne voie pas dans le soignant un représentant d'un «ordre moral» opposé à toute orientation sexuelle minoritaire (Godin, Naccache, Pelletier, 2000). A cet égard, plusieurs études (Matthews, 1986; Kelly, 1987; Harris, 1995) ont fait la démonstration que les médecins n'étaient en rien différents de la population générale quant aux a priori qu'ils peuvent avoir à l'endroit de l'homosexualité. Une étude qualitative (CIBA, 1980) de rédactions de jeunes de divers pays européens au sujet de leur consultations médicales indique de surcroît que de nombreux adolescents décrivaient les médecins comme autoritaires ou paternalistes.

Deuxièmement, les prestataires de soins devraient être perçus comme des garants de la confidentialité. Une étude américaine (Cheng, 1993) a montré qu'un quart des adolescents interrogés serait capable de ne pas consulter s'il y avait un risque que leur parents apprennent les motifs de la consultation. Plus inquiétant encore, cette même recherche met en évidence que seulement 30% des jeunes connaissent leur droit à la confidentialité en milieu médical. De surcroît, les analyses conversationnelles de consultations médicales effectuées par Shuy (1983) montrent que le thème de la «confidentialité» n'y est que très rarement abordé de façon explicite. Cet auteur explique cet état de fait par la dépendance du patient qui n'est pas, la plupart du temps, en position de demander des comptes sur ce qu'il adviendra des informations livrées au soignant.

Troisièmement, on peut supposer que le jeune s'adressera plus facilement au monde médical s'il suppose que la communication avec le soignant s'y déroulera de manière satisfaisante. C'est à cette question de l'échange verbal entre soignants et jeunes homosexuels, ainsi qu'aux représentations que ces derniers peuvent en avoir que s'attache la section suivante de cette contribution.

La dimension linguistique: comment appréhender un échange verbal asymétrique?

Certaines études sur l'interaction médecin/patient se sont intéressées au rôle limitatif que peut exercer le langage verbal dans la communication en milieu médical, et plus particulièrement dans la prévention sida (Peräkylä, 1995; Silverman, 1997; Epstein, 1998; Singy, à paraître). Le langage verbal – principal instrument de communication entre soignant et soigné – se présente toujours sous la forme de variétés sociales, dont la répartition est par exemple tributaire d'une question de génération. Il offre de plus une complexité telle que, tout en assurant la communication, il peut aussi l'entraver. Ces deux caractéristiques – variabilité et complexité – impliquent par exemple que certaines personnes, sans forcément s'en rendre compte, accordent des significations différentes à des termes identiques (Singy,1999).

Pour illustrer ce phénomène, on prendra un exemple tiré d'une étude récente conduite en Suisse romande (Singy, à paraître). Cette étude montre qu'à l'intérieur même d'un groupe social aussi homogène que le corps médical, on note une dissension s'agissant du sens attaché à des syntagmes fréquemment utilisées dans la prévention sida. 57% des médecins, par exemple, définissent la «relation stable» comme sexuellement exclusive alors que 39% affirment qu'elle ne suppose pas des rapports sexuels exclusifs. On imagine dès lors les problèmes de compréhension que peut provoquer l'utilisation de ce syntagme avec des patients dont tout indique que leurs opinions ne concordent pas davantage à ce sujet.

On doit en outre admettre que, contrairement au corps médical interrogé par Singy, les utilisateurs du système de santé forment une communauté socialement beaucoup plus hétérogène. Si, avec des spécialistes issus aussi bien de l'anthropologie médicale (Massé, 1995), de la sociologie (Goffman, 1974; Bourdieu, 1987), de la psychologie (Heath, 1993) que de la linguistique (Gumperz, 1989, West & Frankel, 1991), on part du principe que les relations entre patient et soignant sont essentiellement asymétriques, on doit aussi admettre que cette asymétrie n'est pas la même pour toutes les relations soignant/soigné.

Dans ce contexte, les jeunes homosexuels méritent une attention particulière. En plus des identités discriminantes qu'ils partagent avec leurs homologues hétérosexuels – jeunesse, position socio-économique et niveau de formation généralement moins favorables que les soignants par exemple –, ils en présentent une supplémentaire, à savoir une identité «homosexuelle». Celle-ci

est susceptible de renforcer l'asymétrie de la relation avec le système de soins. D'un point de vue sociolinguistique (Labov, 1976; Trudgill, 1982), on peut supposer que cette distance sociale supplémentaire pèse sur la question du partage des systèmes sociolinguistiques et socioculturels. Un tel renforcement de l'asymétrie peut être préjudiciable à la qualité de la communication dans le contexte de la prévention VIH (Gebert, 1990-1993; Epstein, 1993-1998, Wenrich, 1997) et du suicide (Michel *et al.*, 1992).

A notre connaissance, la situation des jeunes homosexuels face aux soignants n'a encore guère fait l'objet d'une investigation de type sociolinguistique concevant l'orientation sexuelle en termes de distance sociale. Tout projet visant à combler cette lacune – et celui présenté dans cet article prétend y contribuer – soulève cependant un certain nombre de questions, à commencer par celle d'un cadre théorique à retenir. Etant admis – en raison du partage d'une même oppression par le machisme ambiant dans les sociétés occidentales – la proximité de la problématique avec celle qui occupe la sociolinguistique du genre, il peut être profitable de s'inspirer de celle-ci. Or, les récents recensements de ses résultats (Johnson, 1997; Singy, 1998) montrent les limites de deux approches majeures en la matière, à savoir les modèles de «dominance» et de «différence» (Cameron, 1995), de sorte qu'il ne semble profitable d'emprunter tels quels ni l'un ni l'autre de ces modèles explicatifs.

L'hypothèse de base du modèle de «dominance» admet que le comportement langagier de l'ensemble des femmes d'une société donnée porte les traces d'une domination sociale par l'ensemble des hommes, domination se reflétant par exemple dans une insécurité linguistique particulièrement prononcée (Lakoff, 1975). C'est là une thèse qui n'est pas sans rappeler celle des travaux fondateurs de la sociolinguistique variationniste (Labov, 1976). Des travaux plus récents relevant de cette même sociolinguistique (Singy, 1997) montrent cependant que la sensibilité particulière des femmes pour les variétés linguistiques de prestige ne se retrouve pas dans les contextes où ces femmes occupent des positions socio-économiques et socio-professionnelles équivalentes à celles de leurs maris. Ainsi, dans l'étude de Singy, les femmes des couples où les deux conjoints mènent de front une entreprise familiale ne semblent pas en proie à une insécurité linguistique plus marquée que celle de leur partenaire. Rapporté à la situation des homosexuels, ces résultats mettent en évidence l'importance de ne pas perdre de vue que l'orientation sexuelle ne représente toujours qu'un des traits constitutifs de l'identité sociale d'un sujet qui appartient simultanément à une classe générationnelle, socio-

260

économique, socio-spatiale, etc. Une investigation de l'orientation sexuelle en termes de distance sociale séparant les jeunes homosexuels de leurs soignants n'a par conséquent de sens que si l'on considère celle-ci dans le contexte des autres distances constitutives de la relation asymétrique qu'entretiennent ces deux groupes d'acteurs sociaux.

Quant à lui, le modèle de la «différence» envisage la communication entre les genres comme relevant de l'interculturalité. En raison de leur socialisation dans des mondes clos de filles et des garçons, les deux genres parleraient des langues largement irréductibles l'une à l'autre, ce qui engendreraient des problèmes d'intercompréhension de taille à l'âge adulte (Tannen, 1990). Ce modèle a fait l'objet d'une critique soulignant, entre autres, qu'une grande partie des interactions verbales du quotidien impliquent des représentants des deux genres. Or, ces interactions semblent malgré tout aboutir, preuve d'une certaine communauté de langage entre hommes et femmes. Ramenant le contenu de ces réflexions à la thématique de l'homosexualité, il n'y a pas de raison de retenir la pertinence d'un modèle qui représenterait les «homosexuels» et les «hétérosexuels» en termes de «cultures» disjointes, chacune d'elles se caractérisant par un parler différent. A cet égard, s'agissant du *setting* médical, la perspective de Del Vecchio-Good & Good (1982) semble plus porteuse. Elle présente la consultation comme une négociation entre «sub-cultures» médicales. Dans leur conception, enracinée dans l'anthropologie médicale, la différence majeure entre sub-cultures influant sur la consultation se situe dans l'opposition entre un point de vue «populaire» et un point de vue «professionnel» sur la santé et la maladie. D'autres appartenances à des sub-cultures minoritaires et stigmatisées – les immigrés vietnamiens, les homosexuels américains et les adolescents par exemple – peuvent de plus venir se greffer sur cette première opposition, compliquant encore davantage la prise en charge.

Ainsi conçu, ce dernier modèle culturel se rapproche sensiblement de celui des «distances sociales» puisqu'il se fonde en grande partie sur des différences intersubjectives de même nature. Nous accordons cependant notre préférence au second modèle, en ce que les rapports de domination entre les groupes sociaux y sont inscrits au cœur de son articulation, rapports de domination qu'un certain «relativisme culturel» risque d'occulter dans une terminologie fondée sur les notions de «cultures» et «sub-cultures». Aussi envisagerons-nous la distance relative à l'orientation sexuelle comme indissociable des autres distances sociales caractérisant la rencontre soignant / patient: l'expérience de la sociolinguistique du genre – on l'a dit – montre en

effet que les modèles réduisant le sujet à l'une de ses «identités», sexuée par exemple, semblent impropres à développer une valeur explicative satisfaisante pour la compréhension des enjeux sociolinguistiques des échanges verbaux impliquant des porteurs de ces identités.

Ceci étant admis, se pose la question de la définition de l'identité «homosexuelle». A ce sujet, plusieurs études montrent qu'un nombre considérable d'hommes se définissent comme homosexuels malgré des relations sexuelles récentes avec des femmes (Weatherburn & Davies, 1990) ou en l'absence totale d'expériences sexuelles avec des hommes (Cochand & Singy, 2001). Une définition de l'identité homosexuelle en termes de pratiques sexuelles est par conséquent difficile à justifier puisqu'elle s'inscrit en faux contre l'intuition d'une partie des sujets concernés. Ces derniers admettent manifestement l'existence d'autres critères pour considérer quelqu'un comme «homosexuel», «*gay*», «bisexuel» ou «pédé». En l'absence d'une définition généralement reconnue, tout travail portant sur les minorités sexuelles désignées par ces termes se doit d'établir en vertu de quoi les sujets étudiés se voient légitimés – ou contraints – de s'affilier aux groupes ainsi désignés. Située dans une perspective émique, pareille investigation peut par exemple passer par une analyse des dénominations que les jeunes utilisent dans leur discours lorsqu'ils réfèrent à «eux-mêmes» et aux «autres». C'est là l'approche que nous avons retenue pour notre recherche.

Dans le cadre de l'étude des représentations sur les identités et les altérités, nous admettrons en outre que celles-ci résultent d'une construction sociale. Ancrée dans une telle perpective, une étude récente (Cameron, 1997) retrace par exemple la construction discursive par des jeunes américains d'une «identité masculine hétérosexuelle» en opposition à une identité «*gay*». L'analyse révèle qu'aux yeux de ces jeunes, les «*gays*» évoqués ne sont pas définis comme tels en raison de leurs attirances ou de leurs pratiques sexuelles. Ce qui les caractérise, ce sont des détails physiques ou vestimentaires les rapprochant d'une image «féminine» et faisant d'eux – pour reprendre les termes d'un des jeunes hétérosexuels cités – «l'antithèse d'un homme». A partir de ces résultats, on est en droit d'imaginer que les propos tenus par les jeunes homosexuels romands feront émerger des images identitaires du même type qu'il s'agira de dégager du discours.

L'ensemble de ces enjeux sociolinguistiques, ainsi que les autres problèmes soulevés dans ce qui précède exigent une investigation approfondie. En effet,

l'absence d'un recours efficace au système de soins peut être particulièrement préjudiciable aux jeunes homosexuels en difficulté.

Profil de la recherche en cours

Une recherche romande en cours, financée par le Fonds National de la Recherche Scientifique[3], vise précisément à rendre compte des représentations qu'ont les jeunes homosexuels des prestataires de santé et des échanges communicationnels qu'ils peuvent avoir avec ces derniers.

L'objectif pratique de la recherche est de réunir suffisamment d'éléments pour informer les prestataires de santé de l'image qu'ils ont auprès de cette population qui devrait les occuper à plus d'un titre: prise de risque VIH, souffrance psychologique et suicidalité augmentée. La prise en compte de ces éléments de représentations pourrait permettre à ces mêmes prestataires de santé d'améliorer leurs stratégies communicationnelles et par là même d'intensifier l'efficacité de leurs diverses activités de prévention.

Au plan scientifique, la recherche exposée ici poursuit deux objectifs. Il s'agit d'une part de dégager des connaissances supplémentaires relatives à la relation entre prestataires et utilisateurs du système de soins dans les cas où ces derniers appartiennent à des groupes minoritaires stigmatisés. Dans le domaine sociolinguistique, l'objectif réside dans l'analyse de données discursives émanant d'un groupe encore peu étudié sous l'angle des problématiques précédemment exposées. Une meilleure compréhension des représentations métacommunicatives des jeunes homosexuels est à son tour susceptible d'être mise à profit par tout acteur amené à les rencontrer dans un contexte de soins ou de conseil.

Afin d'atteindre ces objectifs pratiques et scientifiques, notre étude est menée par une équipe pluridisciplinaire composée de psychiatres, de psychologues et de linguistes. Elle cherche à vérifier trois hypothèses. La première pose que les jeunes homosexuels perçoivent les prestataires de santé comme des représentants d'un certain «ordre moral». Une telle perception rendrait le questionnement et l'affirmation d'une identité sexuée et, a fortiori homosexuelle, problématique dans le cadre de la consultation médicale. Deuxièmement, il s'agit de vérifier si la crainte des jeunes homosexuels d'un relâchement de la confidentialité de la part des prestataires de santé, perçus comme

---

3 Requête n° 3346-63219.

trop proches de l'entourage tant familial que scolaire, les conduit à dissimuler le motif implicite de certaines consultations ou à renoncer à ces dernières. La troisième hypothèse admet que la jeunesse, l'orientation sexuelle minoritaire et les éventuelles pratiques sexuelles à risque, en tant que distances sociales séparant le jeune homosexuel des prestataires de santé, sont ressenties comme des facteurs limitant le partage d'un même système sociolinguistique, et, partant, comme un obstacle à la communication et donc à la qualité de la relation.

La vérification de ces trois hypothèses implique la conduite d'une étude intensive devant permettre une analyse – contrastive – centrée sur un ensemble de données sociologiques mis en rapport avec un corps de représentations relatives au système de santé et à la communication verbale en milieu médical. A cette fin, il est prévu de comparer les résultats issus d'une investigation de ces représentations conduite auprès d'un échantillon de jeunes homosexuels âgés de 15 à 20 ans avec les résultats établis pour une population témoin de jeunes hommes hétérosexuels et obtenus avec les mêmes instruments.

Les échantillons de la population cible (40 jeunes homosexuels) et de la population témoin (20 jeunes hétérosexuels de la même classe d'âge) sont construits de manière à pouvoir être indicatifs des populations globales concernées. Pour ce faire sont pris en compte un certain nombre d'éléments, tels le lieu de résidence, l'âge, l'appartenance socioprofessionnelle et l'origine familiale. Le lieu de résidence paraît être un critère important du fait des différences attendues de perception de l'homosexualité entre régions rurales et citadines. La prise en compte de la variable «âge» se justifie en raison du développement rapide que connaît l'adolescent à cette période de la vie. D'éventuelles différences de perception du réseau de soins et de l'homosexualité sont susceptibles d'apparaître en fonction du statut socio-économique et socio-professionnel du jeune et de sa famille. De plus, un possible passé migratoire du jeune ou de sa famille peut avoir des conséquences tant sur son rapport à la santé que sur celui touchant aux orientations sexuelles minoritaires.

La vérification des hypothèses de l'étude suppose le recours à la production de données au travers d'entretiens semi-directifs individuels. Un tel cadre paraît convenir à une investigation en profondeur de la problématique, tout en donnant un aperçu des pratiques langagières de la population cible. Les entretiens sont menés sur la base d'un protocole construit en deux parties. La première entend inviter l'interviewé à la narration de son parcours sentimental

et sexuel. Cette narration est complétée par son récit du processus de *coming out*. Suivent des questions ayant pour but d'apprécier l'estime de soi de l'interviewé, ainsi que ses représentations générales de l'homosexualité et des homosexuels. De la sorte, la possibilité est offerte à l'interviewé de «se raconter» dans ses termes et de faire émerger son propre répertoire. Celui-ci est ainsi repris par les intervieweurs, de sorte à réduire le risque d'imposition à la population interrogée des préconceptions et catégories du chercheur (Jodelet, 1986).

La seconde partie du protocole s'attache plus spécifiquement à la perception qu'ont les jeunes du système de soins et de la communication en milieu médical. Les thèmes investigués sont les problèmes et les préoccupations de santé de l'interviewé, la nature et la fréquence de ses contacts avec le système de soins ainsi que les éventuels obstacles au recours à ce dernier. De plus, l'image que les jeunes ont des soignants et de la confidentialité en milieu médical doit être dégagée à ce moment de l'entretien. Une attention particulière est accordée aux difficultés de communication avec les représentants du système de santé. L'interviewé est invité à exprimer son appréciation de la qualité de l'intercompréhension avec le soignant. Il décrit également les différences de «façons de parler» qu'il relève entre le soignant et lui-même, ainsi que l'incidence qu'il suppose que ces décalages ont sur la qualité de la communication. Un autre ensemble de questions est plus spécifiquement ciblé sur l'évocation de thématiques relevant de la sexualité et du VIH/sida. L'intervieweur et l'interviewé tentent de recenser les thèmes abordés et d'en reconstituer le contexte conversationnel et discursif: qui introduit ces thèmes, quels sont les mots utilisés et les affects en jeu?

Lors de l'analyse des données, l'attention sera portée sur les discours recueillis au travers des entretiens, tout comme sur les conditions de production de ces discours dans l'interaction expérimentale (Boutet, 1994). Afin de restituer le plus fidèlement possible le sens de ces discours et pour répondre à la problématique de la recherche, différentes méthodes d'analyse des données qualitatives seront privilégiées. On procédera ainsi à une analyse biographique de type psychosocial visant entre autre à obtenir des indications sur le parcours, l'intégration sociale et le développement identitaire du jeune homosexuel. Ces indications permettront de contextualiser les informations tirées de l'analyse de contenu thématique et de l'analyse des discours (formes linguistiques privilégiées, thématisation, figures rhétoriques, analyse des séquences, des récurrences, des organisations raisonnées, etc.). Ces analyses autoriseront la vérification des hypothèses par le dégagement des

représentations sous-jacentes au discours des locuteurs. Une analyse formelle de type computationnel (séquentielle, fréquentielle) viendra étayer les analyses de contenu et de discours.

En guise de conclusion

Pour une population où les risques d'être confronté à un problème de santé au sens large sont importants, l'amélioration de l'accessibilité et de l'efficacité des réponses en matière de santé est d'une grande importance.

Notre recherche entend mettre en évidence les éventuelles difficultés et réticences de la part des jeunes homosexuels à recourir au système de santé. Ces difficultés et réticences peuvent aussi bien être liées à des craintes de la part de ces usagers qu'à un mauvais ajustement du système de santé, en termes de communication, à la population particulière des jeunes homosexuels.

Les résultats de cette enquête pluridisciplinaire pourront informer les prestataires des services de santé des perceptions de leurs bénéficiaires et les rendre ainsi attentifs aux besoins spécifiques de cette population. Cette information devrait permettre une amélioration de la qualité de la relation entre prestataires et usagers du système de soins et favoriser ainsi l'accessibilité des jeunes homosexuels à ses services, ceci même dans des situations de vulnérabilité. La conséquence souhaitable de ce processus devrait être une prévention plus efficace des problèmes de santé de cette population, plus particulièrement en ce qui concerne les contaminations au VIH et les tentatives de suicide.

Notre recherche devrait enfin permettre une avancée dans un domaine peu investi de l'étude des représentations linguistiques. En effet, elle vérifie quels types de distances sociales les jeunes homosexuels perçoivent entre leurs soignants et eux-mêmes. Mais elle pose surtout la question de leur perception de ces distances en termes de facteurs limitant la qualité des échanges qui les unissent avec les soignants.

BIBLIOGRAPHIE

Bourdieu, P. (1980). *Questions de sociologie*. Paris: Minuit.

— (1987). *Choses dites*. Paris: Minuit.

Boutet, J. (1994). *Construire le sens*. Berne: Peter Lang.

Cameron, D. (1995). Rethinking language and gender studies. In S. Mills (ed.), *Language and gender. Interdisciplinary perspective*. (pp. 31-44). London: Longman.

— (1997). Performing Gender Identity: Young Men's Talk and the Construction of Heterosexual Masculinity. In U. H. Meinhof & S. Johnson (ed.), *Language and Masculinity*. (pp. 47-64). Oxford: Blackwell.

Cheng, T. L., Savageau, J. A., Sattler, A. L., & De Witt, T. G. (1993). Confidentiality in health care: A survey of knowledge, perceptions, and attitudes among high school students. *JAMA, 269 (11)*, 1404-1407.

CIBA (1980). *L'image du médecin vue par les adolescents*. Basel: Ciba-Geigy.

Cochand, P., & Singy. P. (2001). *Développement identitaire et risque de contamination par le VIH chez les jeunes homosexuels et bisexuels en Suisse romande*. Lausanne: Raisons de Santé, 71.

Del Vecchio-Good, M., & Good, B. J. (1982). Patient requests in primary care clinics. In N.J. Chrisman & T.W. Maretzki (eds), *Clinically applied anthropology*. (pp. 275-295). Dordrecht: Reidel.

De Monteflores, C., & Schultz, S.J. (1978). Coming Out: Similarities and Differences for Lesbians and Gays Men. *Journal of Social Issues, 34(3)*, 59-72.

De Wit, J.B.F. (1996). The Epidemic of HIV among Young Homosexual Men. *AIDS, 10* (suppl. 3), 21-25.

Epstein, R.M., Christie, M., Frankel, R., Rousseau, S., Shields, C., & Suchman, AL. (1993). Understanding fear of contagion among physicians who care for HIV patients. *Family Medicine, 25 (4)*, 234-235.

Epstein, R.M., Morse, D., Frankel, R., Frarey, L., Anderson, K., & Beckman, H. (1998). Awkward moments in patient-physician communication about HIV risk. *Annals of Internal Medicine, 128 (6)*, 435-442.

Gerbert, B., Bleecker, T., & Bernzweig, J. (1993). Is anybody talking to physicians about acquired immunodeficiency syndrome and sex? A national survey of patients. *Archives of Family Medicine, 2 (1)*, 45-51.

Gerbert, B., Maguire, B.T., & Coates, T.J. (1990). Are patients talking to their physicians about AIDS? *American Journal of Public Health, 80 (4)*, 467-468.

Godin, G., Naccache, H., & Pelletier, R. (2000). Seeking medical advice if HIV symptoms are suspected. Qualitative study of beliefs among HIV-negative gay men. *Can Fam Physician, 46(4)*, 861-868.

Goffman, E. (1974). *Les rites d'interaction*. Paris: Minuit.

Gold, R.S., & Skinner, M.J. (1992). Situational Factors and Thought Processes associated with Unprotected Intercourse in Young Gay Men. *AIDS, 6*, 1021-1030.

Gumperz, J. (1989). *Engager la conversation*. Paris: Minuit.

Harris, M.B. (1995). Health care professionals' experience, knowledge, and attitudes concerning homosexuality. *Journal of gay & lesbian social services, 2 (2)*, 91-107.

Hays, R.B., Kegeles, S.M., & Coates, T.J. (1990). High HIV risk-taking among young gay men. *AIDS, 4 (9)*, 901-907.

Heath, C. (1993). Diagnostic et consultation médicale: la préservation de l'asymétrie dans la relation entre médecin et patient. In Cosnier & Grojean (Eds), *Soins et communication. Approche interactionniste des relations de soins*. (pp. 65-83). Lyon: Presses universitaires de Lyon.

Jalbert, Y. (1998). *Processus de sortie, perception du risque face au sida et utilisation des services de santé chez de jeunes homosexuels âgés de 16 à 20 ans de Montréal*. Thèse de doctorat présentée à la Faculté des études supérieures de l'Université de Montréal, non publiée.

Jodelet, D. (1986). Fou et folie dans un milieu rural français: une approche monographique. In W. Doise & A. Palmonari (dir.), *L'étude des représentations sociales*. (pp. 171-192). Lausanne-Paris: Delachaux & Niestlé.

Johnson, S. (1997). Theorizing Language and Masculinity: A Feminist Perspective. In U.H. Meinhof & S. Johnson (ed.), *Language and Masculinity*. (pp. 8-26). Oxford: Blackwell.

Kelly, J.A. *et al.* (1987). Medical students' attitudes towards aids and homosexual patients. *J Med Edu, 62*, 549-556.

Labov, W. (1976). *Sociolinguistique*. Paris: Ed. de Minuit.

Lakoff, R. (1975). *Language and women's place*. New York: Harper & Row.

Lert, F. (2000). Advances in HIV treatement and prevention: Should treatement optimism lead to prevention pessimism. *AIDS Care, 12/6*, 745-755.

Martinet, A. (1945). *La prononciation du français contemporain*. Paris: Droz.

Massé, R. (1995). *Culture et santé publique: les contributions de l'anthropologie médicale*. Québec: Presses de l'Université du Québec.

Matthews, W. *et al.* (1986). Physicians attitudes towards homosexuality: survey of Californian county medical society. *West J Med, 144*, 106-110.

Michel, K. *et al.* (1992). *Crise et suicide: Séminaires pour médecins*. Berne: FMH/OFSP.

Moreau-Gruet, F., & Dubois-Arber, F. (1995). *Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse: Phase 6, 1993-1995. Les hommes aimant d'autres hommes. Etude 1994*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.

Peräkylä, A. (1995) *AIDS Counselling: Institutional Interaction and Clinical Practice*. Cambridge: Cambridge University Press.

Perrin, E.C. (1998). Health and development of gay and lesbian youths: implications for HIV/AIDS. *AIDS patient care and STDs, 12 (4)*, 303-313.

Remafedi, G. Farrow, J.A., & Deisher, R.W. (1991). Risk Factors for Attempted Suicide in Gay and Bisexual Youth. *Pediatrics, 87(6)*, 869-875.

Rotheram-Borus, M.J. & Fernandez, M.I. (1995). Sexual Orientation and Developmental Challenges Experienced by Gay and Lesbian Youths. *Suicide and Life Threatening Behavior, 25* (suppl.), 26-34.

Rotheram-Borus, M.J. *et al.* (1995). Predicting Patterns of Sexual Acts Among Homosexual and Bisexual Youths. *American Journal of Psychiatry, 152 (4)*, 588-595.

Schiltz, M.A. (1997). Parcours de jeunes homosexuels dans le contexte du VIH: Les conquêtes des modes de vie. *Population, 6*, 1485-1538.

Schneider, S.G., Farberow, N.L., & Kruks, G.N. (1989). Suicidal Behavior in Adolescent and Young Adult Gay Men. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 19 (4)*, 381-394.

Shuy, R. W. (1983). Three types of interference to an effective exchange of informations in the médical encounter. In S. Fisher & A.D. Todd (eds), *The social organization of doctor-patient communication*. (pp. 189-202). Washington DC: Center for applied linguistics.

Silverman, D. (1997). *Discourses of Counselling. HIV Counselling as Social Interaction*. London: Sage.

Singy, P. (1997). *L'image du français en Suisse romande: Une enquête sociolinguistique en pays de Vaud*. Paris: L'Harmattan.

— (1998). Sociolinguistique, *gender studies*: l'insécurité linguistique en question. In P. Singy (dir.), *Les femmes et la langue*. (pp. 9-22). Lausanne: Delachaux & Niestlé.

— (1999). L'implicite dans la relation médecin/patient: le partage en jeu. *La linguistique, 35*, 181-192.

— (à paraître). *Le sida au cabinet médical: les mots pour en parler*.

Tannen, D. (1990). *You just don't understand: Women and men in conversation*. London: Virago Press.

Trudgill, P. (1982). *Sociolinguistics: an introduction*. Harmondsworth: Penguin books.

Weatherburn, P., Davies, P. M., *et al.* (1990). Heterosexual behaviour in a large cohort of homosexually active men in England and Wales. *Aids Care, 2(4)*, 319-324.

Wenrich, M.D., Curtis, J.R., Carline, J.D., Paauw, D.S., & Ramsey, P.G. (1997). HIV risk screening in the primary care setting. Assessment of physician'skills. *J. Gen Intern Med., 12*, 107-113.

West, C., & Frankel, R.M. (1991). Miscommunication in medicine. In Coupland & Giles (Eds), *Miscommunication and Problematic Talk*. (pp. 166-194). London: Sage Focus Edition.

Castellotti, Véronique (2001). *La langue maternelle en classe de langue étrangère*. Paris: CLE International

Fraichement paru dans la collection «Didactique des langues», dirigée par Robert Galisson, cet ouvrage de Véronique Castellotti propose une mise en perspective de la problématique du recours à la langue maternelle dans les procédés d'appropriation d'une langue étrangère en milieu institutionnel.

L'auteur présente tout d'abord la succession de rebondissements historiques qui retracent l'émergence de la pensée didactique en contexte scolaire, en jalonnant les principales étapes de son développement; mettant principalement l'accent sur les relations qui s'établissent entre «langue maternelle» et «langue étrangère», elle définit et explicite ces notions récurrentes sous diverses appellations, dans une volonté de neutraliser le flou terminologique qui leur est lié. Ces définitions ayant été précisées, l'attention de l'auteur se porte alors sur la rencontre entre L1 et L2 et sur la manière dont celles-ci s'articulent dans le discours en classe, ceci sur la base d'un corpus agréablement détaillé et, qui plus est, agrémenté d'illustrations!

Véronique Castellotti oriente son choix méthodologique, d'une part, sur les représentations, qui permettent de se pencher sur le statut de la langue première et de souligner son rôle prépondérant dans les processus d'acquisition de la langue cible et, d'autre part, sur les pratiques – apprenants, enseignants, classe –, qui fournissent une contribution à l'étude des facteurs sous-tendant le recours à la L1 dans de telles interactions; s'ensuit une typologisation des diverses occurrences possibles de l'alternance de langues, selon les fonctions que celles-ci déterminent ou sont susceptibles de remplir. Ces considérations incitent à dépasser une conception du recours à la L1 stigmatisante à bien des égards, et invitent le lecteur à se concentrer sur l'ouverture d'un nouveau volet méthodologique qui suggère une mise à profit de l'alternance au travers de sa didactisation potentielle.

A la lumière de descriptions de projets didactiques et de recherches récentes engagées dans la problématique du contact des langues, Véronique Castellotti relève la pertinence d'une valorisation de l'enseignement bilingue (comme par exemple en Vallée d'Aoste), en tant que perspective d'avenir pour de nouveaux aboutissements fructueux dans le domaine de l'enseignement des langues étrangères.

© 2001 Institut de linguistique
Université de Neuchâtel

Soulignons en dernier lieu l'étendue de la bibliographie annexée, qui, en regard d'un ouvrage qui se veut accessible, clair et concis, ne manquera pas de nous faire envie de répondre à certains points d'interrogation(s) qui seraient restés... en suspension!

Anouck EVARD
anouck.evard@unine.ch

Stéphane BOREL
stephane.borel@unine.ch

Bulletin suisse de linguistique appliquée

Schweizerische Zeitschrift für angewandte Linguistik

1996-2001

- Numéro 66, octobre 1997, 229 p.
  Geneviève de Weck (éd.)
  Troubles du langage
- Numéro 67, avril 1998, 171 p.
  Laurent Gajo (éd.)
  Vous avez dit *immersion*?...
- Numéro 68, octobre 1998, 205 p.
  J. Buttet Sovilla & D. Weniger (éds.)
  Etudes en neurolinguistique
- Numéro 69 vol. 1 et 2, juin 1999, 221 et 227 p.
  Anna-A. Dazzi Gross & L. Mondada (éds.)
  Les langues minoritaires en contexte
  Minderheitensprachen im Kontext
- Numéro 70, octobre 1999, 131 p.
  Varia
- Numéro 71 vol.printemps 1999, 171 p.
  Claude Gauthier et Thérèse Jeanneret (éds.)
  Pratiques effectives du français langue seconde en Suisse: quelles conséquences sur son enseignement?
- Numéro 72 automne 2000, 244 p.
  Daniel Elmiger & Eva Lia Wyss (Hrsg.)
  La féminisation de la langue en Suisse. Bilan et perspectives
- Numéro 73 printemps 2001, 212 p.
  A cura di Bruno Moretti & Francesca Roncoroni
  Aspetti dell'italiano L2 in Svizzera e all'estero

Vereinigung für angewandte Linguistik in der Schweiz
Associaziun svizra da linguistica applitgada
Association suisse de linguistique appliquée
Associazione svizzera di linguistica applicata

VALS ASLA

272

Impr. Rapidoffset, Le Locle

U.S. Department of Education
Office of Educational Research and Improvement (OERI)
National Library of Education (NLE)
Educational Resources Information Center (ERIC)

NOTICE

Reproduction Basis

X	This document is covered by a signed "Reproduction Release (Blanket)" form (on file within the ERIC system), encompassing all or classes of documents from its source organization and, therefore, does not require a "Specific Document" Release form.
	This document is Federally-funded, or carries its own permission to reproduce, or is otherwise in the public domain and, therefore, may be reproduced by ERIC without a signed Reproduction Release form (either "Specific Document" or "Blanket").